

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**  
**MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO – ORGANIZACIONAL NA SAÚDE**

Curso ministrado em parceria com a **Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa**  
(DR – II Série, nº 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de Especialização em  
**Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde**

**CAMINHOS SOLITÁRIOS**

**Dissertação de Mestrado apresentada por:**  
**Francisco Manuel Lopes da Cruz**

**Orientador:**  
**Prof. Doutora Maria da Graça Cardoso Luís David de Moraes**

**Évora**  
**Maior 2007**

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**  
**MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO – ORGANIZACIONAL NA SAÚDE**

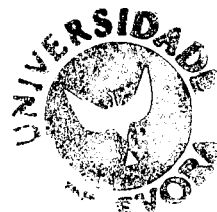
Curso ministrado em parceria com a **Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa**  
(DR – II Série, nº 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de Especialização em  
**Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde**

**CAMINHOS SOLITÁRIOS**

**(A POPULAÇÃO IDOSA MASCULINA, COM MAIS DE 60 ANOS DE IDADE,  
PORTADORA DE INFECÇÃO POR HIV, NA ÁREA DA CIDADE LISBOA)**

**Dissertação de Mestrado apresentada por:**  
**Francisco Manuel Lopes da Cruz**



163 395-

**Orientador:**

**Prof. Doutora Maria da Graça Cardoso Luís David de Morais**

---

**Évora**  
**Maior 2007**

*Conta, sem ensaios, os vazios, as vozes, a solidão aguçada como um estilete.  
Sem emoções, como se o filme lhe fosse banal.*

*Conta no seu tom monocórdico, a sua ausência no papel, na vida.  
Mas é assim quando chegamos ao reino da exaustão: Fecha-se a alma com tanto cuidado que se deixa ao abandono as ferramentas que ainda temos... e até o tempo, esse mágico tapete de viagens, de sonhos e lutas preenchido, parece perder-se nos meandros destes olhares.*

*Conta como se a história não fosse a sua, como se a infelicidade tivesse parado a outra porta: à porta de outro “pobre”: essa senhora indesejada, que teima em acompanhar cada jornada, que teima em ficar sentada à soleira da porta.*

*No seu contar há tantos recortes de mágoa, tantas palavras ausentes, tanto por dizer, tanto por contar...*

*Cansaço da jornada, falta de forças, beco sem ruelas, janelas ou portas. De repente o mundo esvai-se em cores, as ruas estreitam-se e o céu desce do seu imenso e largo abraço para sufocar, para pesar, cada vez mais...e mais...*

*E de repente o coração repete o compasso das horas, sempre as mesmas horas. O dia e a noite juntam-se numa dança indistinta, porque a luz se esvaiu lá longe, num momento que não recorda, num dia que ainda teve luz...*

*Conta, sem ensaios, o que a vida, aos poucos perdeu. A procura de um sentido no meio do caos, de uma luz que ofereça algum calor, algum conforto...*

## *Agradecimentos*

Qualquer trabalho exige daqueles que o desenvolvem uma grande dose de vontade, sem nunca se deixarem dominar pelo comodismo ou pela inflexibilidade, perante ideias e argumentos que são novos e de certa forma lhe exigem abertura de espírito. Investigar é de facto um processo moroso, solitário, que nos leva ao encontro pessoal com muitas, complexas e dolorosas realidades. Este trabalho, em concreto, foi uma viagem por aquilo que o ser humano tem de mais pessoal e sagrado, a sua intimidade. Todo este processo de facto teria sido impossível sem a participação e auxílio de algumas pessoas-chave. Quero por isso deixar aqui expresso:

Um agradecimento, com apreço, à minha orientadora, Prof. Doutora Graça Morais, pela sua disponibilidade, orientação e reforço positivo, sem os quais nada deste projecto teria chegado até este patamar. Um agradecimento muito especial ao Prof. Doutor Carlos Silva, pelo seu incentivo, apoio e paciência.

Aos vários idosos que contribuíram, anonimamente com a sua vivência, expondo pedaços de alma, que nem sempre foram fáceis de relatar e os obrigou a visitar memórias dolorosas, a eles o meu obrigado.

A todos os prelectores do Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde - Área de Especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde, pelo seu valioso contributo para a minha formação.

Aos meus amigos que de uma forma directa e muito incisiva me estimularam e incentivaram sempre que o caminho se mostrava demasiado solitário e exigente. Quero agradecer em especial ao Pedrosa Santos porque sem o seu incentivo e apoio não teria entrado nesta aventura.

A todos, e mais uma vez, os meus mais sinceros agradecimentos.



## **Resumo**

Esta investigação descreve um estudo efectuado sobre as características pessoais, sociais e os factores psicológicos inerentes à população idosa masculina, com mais de 60 anos e que residem na área da cidade de Lisboa. O idoso, portador de HIV, confronta-se com dinâmicas pessoais, familiares e sociais complexas e nem sempre fáceis de perceber. São múltiplos os factores, que não podem ser descurados, na exploração das características específicas destes indivíduos idosos, do género masculino e que residem na área da cidade de Lisboa. A bibliografia consultada e os estudos analisados são de países como o Canadá e os Estados Unidos, não havendo em Portugal estudos que caracterizem e que explorem esta temática. A problemática de investigação pode-se definir na questão: “ Quem são os idosos masculinos, portadores de HIV e que residem na área da cidade de Lisboa?”.

Este estudo baseia-se no paradigma qualitativo, de cariz descritivo e ao mesmo tempo exploratório. A população em estudo é constituída por dez indivíduos do sexo masculino, com idade igual ou superior a 60 anos, que residem em Lisboa e portadores de HIV. Foram efectuadas entrevistas semi estruturadas com o objectivo de explorar, não só as características desta população relativamente à dimensão familiar e social, as principais dificuldades, mas também os sentimentos vivenciados relativamente ao serem portadores de HIV, bem como a percepção que têm, de como contraíram esta patologia e os comportamentos de risco associados.

Os resultados obtidos através desta investigação, reforçam os fundamentos bibliográficos encontrados, onde se referenciam as dificuldades vividas, muitas vezes em solidão e abandono: uma forma de sofrimento em silêncio, que se torna mais estigmatizantes que qualquer outro. São uma população que perdeu a esperança no dia de amanhã, que esqueceu os sonhos de um envelhecimento tranquilo. Muitos ainda recusam aceitar esta doença, mercê da estigmatização e da marginalização que pressentem trilhar o dia a dia das nossas vidas em sociedade, por isso, medidas de prevenção e comportamentos de risco são palavras tão estranhas como futuro e amanhã.

**Palavras – Chave:** Idoso masculino, HIV, Marginalização, Solidão, Comportamento de risco, Prevenção

### **Abstract**

This inquiry work conveys a study about personal characteristics, social and psychological factors related to the elder male population, older than 60 years old that live in the area of Lisbon city. The elder with HIV deals with personal, family and social dynamics that are complex and not always easy to perceive. There are multiple factors, which we can't forget, when we explore the specific characteristics of this elder male individuals that live in the area of Lisbon city. The literature that was searched and the studies analysed are from countries like Canada and United States, no studies were found in Portugal that characterize and explore this issue. The main subject of this inquiry work can be defined in the question: "Who are this male elder, with HIV that live in the area of Lisbon city?"

This study is based on the qualitative paradigm, which is both descriptive and exploratory. The subject population on this inquiry is composed by ten male individuals, with age equal or older than 60 years old, which live in Lisbon and have HIV. Half structuralised interviews were carried with the goal to explore, not only the characteristics of this subjects related to social and family dimensions, the main difficulties, but also the feelings related with being HIV positive, as well as the perception they have related to the way they got this illness and risky behaviour connected.

The results we achieved from this inquiry reinforce the bases we encountered in the literature, where we noticed the difficulties lived, many times in loneliness and abandonment, one way of suffering in silence, which makes it louder than any other. They are a population that loosed hope in tomorrow, which forgot the dreams of a tranquil ageing. Many still refuse to accept this illness, because of the stigma and the marginalization that they perceived in our lives in society, that's why the preventive measures and risky behaviour are words so strange as future and tomorrow.

**Key – Words:** Male elder, HIV, Marginalization, Loneliness, Risk Behaviour, Prevention

## **SIGLAS**

**ADDEPOS – Associação dos Direitos e Deveres dos Positivos Portadores do Vírus da SIDA**

**ADN – Acido Desoxirribonucleico**

**AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome**

**AJPAS – Associação dos Jovens Promotores da Amadora Saudável**

**ARN – Acido Ribonucleico**

**APECS – Associação Portuguesa para o Estudo Clínico da SIDA**

**APF – Associação para o Planeamento da Família**

**AZT – Zidovudina**

**CATIE – Community AIDS Treatment Information Exchange**

**CD4 – Células de Defesa 4**

**CNLCS – Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA**

**CRIAS – Centro de Respostas Integradas de Apoio à SIDA**

**E (1-10) – Entrevistado (1 a 10)**

**EUA – Estados Unidos da América**

**GADS – Grupo de Apoio e Desafio à SIDA**

**GAT – Grupo Português de Activistas sobre o Tratamento de VIH**

**GTEECV – Grupo de Trabalho Europeu para a Educação da Criança Cigana e Viajantes**

**HHV8 - Human Herpes Virus-8**

**HIV (I-II) - Human Immunodeficiency Virus (I – II)**

**HPV – Human Papiloma Vírus**

**LPCS – Liga Portuguesa Contra a SIDA**

**MAPS – Movimento de Apoio à Problemática da SIDA**

**OIM – Organização Internacional para as Migrações**

**OMS – Organização Mundial de Saúde**

**SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida**

**UNAIDS - United Nations & AIDS**

**VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana**

**VDRL – Venereal Disease Research Laboratory**

## ÍNDICE

<b>0 – <u>INTRODUÇÃO</u></b>	<b>11</b>
<b>1 – <u>UM SINAL DE ALERTA</u></b>	<b>19</b>
1.1 – BREVE HISTÓRIA DA SIDA	20
<b>2 – <u>O VÍRUS</u></b>	<b>31</b>
<b>3 – <u>FORMAS DE TRANSMISSÃO</u></b>	<b>35</b>
3.1 – TRANSMISSÃO POR CONTACTO COM SANGUE OU DERIVADOS	35
3.2 – TRANSMISSÃO POR VIA SEXUAL	36
3.3 – TRANSMISSÃO MÃE/FILHO	38
<b>4 – <u>AS FASES DA INFECÇÃO</u></b>	<b>40</b>
4.1 – INFECÇÃO PRIMÁRIA POR HIV (SÍNDROME AGUDO)	40
4.2 – SEROCONVERSÃO	41
4.3 – FASE ASSINTOMÁTICA	41
4.4 – FASE SINTOMÁTICA	41
4.5 – SIDA	42
<b>5 – <u>TRATAMENTO</u></b>	<b>43</b>
<b>6 – <u>OS AGENTES PATOGENICOS MAIS ESPECÍFICOS</u></b>	<b>47</b>
6.1 – INFECÇÕES VIRAIS MAIS COMUNS	47
6.2 – INFECÇÕES POR FUNGOS	48
6.3 – INFECÇÕES BACTERIANAS	48
<b>7 – <u>A OUTRA FACE DA SIDA</u></b>	<b>51</b>
<b>8 – <u>O IDOSO, A SIDA E A SEXUALIDADE</u></b>	<b>54</b>
<b>9 – <u>CONTEXTUALIZAÇÃO LEGAL</u></b>	<b>63</b>
9.1 – DIREITOS E DEVERES DO PORTADOR DE HIV/SIDA	67
9.2 – PREVENÇÃO E ORGANIZAÇÕES	69
<b>10 – <u>REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E SIDA</u></b>	<b>72</b>
10.1 – CONSTRUÇÃO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	79
10.1.1 – <u>Processos Sociais</u>	79
10.1.2 – <u>Processos Sociocognitivos</u>	80
<b>11 – <u>METODOLOGIA</u></b>	<b>89</b>

11.1 – TIPO DE ESTUDO	89
11.2 – OS PARTICIPANTES DO ESTUDO	90
11.3 – RECOLHA E TRATAMENTO DAS ENTREVISTAS	91
<b>12 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS</b>	<b>96</b>
12.1 – ENTREVISTA A UTENTES INSTITUCIONALIZADOS	96
12.2 – ENTREVISTA A UTENTES EM AMBULATÓRIO	101
12.3 – DIMENSÕES DO ESTUDO	110
12.4 – GRELHAS DE ANÁLISE DE DADOS – DIMENSÃO SOCIAL DO ESTUDO	117
12.5 – GRELHA DE ANÁLISE DE DADOS – DIMENSÃO PSICOLÓGICA DO ESTUDO	148
<b>13 – CONCLUSÕES</b>	<b>159</b>
13.1 – SUGESTÕES DE INTERVENÇÃO	162
<b>14 – CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>167</b>
<b>15 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>171</b>

## **ANEXOS**

<b>ANEXO 1</b> – Guião de entrevista Dr. Kamal Mansinho – Hospital Egas Moniz – Lisboa	177
<b>ANEXO 2</b> – Entrevista Dr. Kamal Mansinho	179
<b>ANEXO 3</b> – Informação estatística fornecida pelo Instituto Ricardo Jorge	201
<b>ANEXO 4</b> – Formulário de notificação	204
<b>ANEXO 5</b> – Pedido de autorização para aplicação de entrevista	207
<b>ANEXO 6</b> – Guião de entrevista a idosos masculinos com HIV	210
<b>ANEXO 7</b> – Autorização para aplicação de entrevistas	212
<b>ANEXO 8</b> – Transcrição da entrevista 1	214
<b>ANEXO 9</b> – Transcrição da entrevista 7	229
<b>ANEXO 10</b> – Transcrição da entrevista 10	241

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico nº 1</b> – Número de casos de HIV/SIDA em idosos do sexo masculino com mais de 60 anos em Lisboa – Portugal _____	26
<b>Gráfico nº 2</b> – Número de casos de HIV/SIDA por grupo etário em Lisboa – Portugal ____	27
<b>Gráfico nº 3</b> – Estado vital dos indivíduos idosos com HIV/SIDA em Lisboa – Portugal _	27
<b>Gráfico nº 4</b> – Categoria de transmissão do HIV/SIDA nos idosos com mais de 60 anos em Lisboa – Portugal _____	28
<b>Gráfico nº 5</b> – Prevalência do tipo de vírus nos idosos em Lisboa – Portugal _____	28
<b>Gráfico nº 6</b> – Tipo de notificação médica dos idosos na área de Lisboa _____	29
<b>Gráfico nº 7</b> – Situação residencial dos entrevistados _____	112
<b>Gráfico nº 8</b> – Distribuição dos inquiridos por grupo etário _____	112
<b>Gráfico nº 9</b> – Distribuição dos entrevistados por raça _____	113
<b>Gráfico nº 10</b> – Distribuição da amostra em estudo por estado civil _____	113
<b>Gráfico nº 11</b> – Distribuição dos entrevistados pelo número de filhos _____	114
<b>Gráfico nº 12</b> – Distribuição da amostra inquirida pela orientação sexual _____	114
<b>Gráfico nº 13</b> – Distribuição da população em estudo pelo intervalo de anos em que sabe do seu diagnóstico _____	115
<b>Gráfico nº 14</b> – Distribuição dos entrevistados em estudo pela profissão exercida antes da reforma _____	128

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Matriz de Codificação Global da dimensão Sociológica _____	116 - 117
<b>Tabela 2</b> – Matriz de Codificação Global da dimensão Psicológica _____	118

## **0 - INTRODUÇÃO**

É constante a procura do homem em entender e aprofundar as suas múltiplas dimensões: sejam elas as dimensões orgânicas e fisiológicas, sejam as dimensões e aptidões sociais e familiares, sejam ainda as componentes psicológicas e espirituais que o tornam o ser mais rico e profundamente mais complexo que se conhece.

O caminho que tem sido trilhado na perspectiva saúde/doença faz também parte da complexidade humana. Um caminho solidário e ao mesmo tempo solitário que mais não é do que o reflexo das épocas, das sociedades e da própria mentalidade humana. Perdeu-se na história do tempo a nossa relação com as definições sobre saúde/doença. Pensa-se no entanto que partimos de uma justificação empírica, mística, onde se atribuía a forças exteriores, desconhecidas e a divindades interventivas nas dinâmicas humanas a razão da doença e da saúde. Ainda hoje persistem, nas sociedades contemporâneas, vestígios e marcas desta forma de pensamento, que nos ligam a rituais e à atribuição ao sobrenatural das causas das doenças, como é o caso do “mau-olhado” da “inveja” entre muitas outras situações. A humanidade no entanto avançou para um sistema onde se procuraram cientificamente causas, consequências e a forma concreta de intervir.

No entanto, e apesar de existir, neste início de século XXI, uma base científica cada vez mais rica, mais complexa, completa e substancial, continua a ser difícil, socialmente, alterar comportamentos, mentalidades e muitas vezes até a forma como se percebe a realidade, revestida sempre por uma conotação individual, dissociada daquilo que possuímos como base científica. O homem em sociedade cresce e aprende, sendo alvo de múltiplos intervenientes, que lhe vão de certa forma ditar o comportamento e a postura perante a saúde e a doença.

A SIDA foi uma doença que surgiu quase do dia para a noite nesta nossa caminhada pelo tempo, que se instalou a partir da década de oitenta do século XX,

praticamente em todos os países. Inicialmente foi considerada como doença exclusivamente ligada a determinados grupos sociais, os homossexuais, as prostitutas e os toxicodependentes. Era comum nessa década de oitenta a SIDA ser, por exemplo, denominada de “*cancro gay*” nos Estados Unidos, visto ter sido nesse grupo populacional onde surgiram os primeiros casos e onde se propagou de forma inquietante.

Aos poucos, no entanto, a situação foi-se alterando, não só no número de casos que iam surgindo (aumentado estes de forma quase alarmante, dia após dia), mas também nos indivíduos que eram atingidos por esta situação. Percebeu-se subitamente, de que ninguém estaria a salvo, que dependia do comportamento e não do grupo social a que se pertencia. Começou-se a dar mais ênfase e a centrar as medidas preventivas no comportamento. Hoje em dia, adultos jovens, mulheres e idosos são quem mais tem de lidar com o estigma desta doença, pois o seu número cresce exponencialmente a cada ano. Ainda prevalece, em muitos grupos sociais a ideia inicial, de que esta situação não lhes diz respeito, que só os homossexuais e pessoas que “*não são limpas*”, é que podem ter esta doença.

Os indivíduos idosos que por um determinado número de factores, como seja o surgimento do Viagra e de uma sexualidade activa até idades mais avançadas, quer ainda por uma homossexualidade não assumida e vivida na clandestinidade, ou ainda por adoptarem comportamentos de risco, em particular quando são confrontados com um divórcio ou viuvez, têm contribuído para um aumento considerável no número de infectados. Portugal, que tem uma população bastante envelhecida, confronta-se com a necessidade de adoptar medidas concretas que se centrem e ofereçam resposta a este grupo concreto de pessoas. Por outro lado, há a urgência em adequar campanhas de prevenção eficazes, pertinentes e orientadas para uma população já não tão jovem assim e que aborde temáticas como a sexualidade e o uso de drogas por via endovenosa, de forma a que a mensagem seja percebida e se mostre eficaz.

Este trabalho surge no âmbito do II Curso de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, área de especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde. Com ele pretende-se elaborar uma análise e um



diagnóstico de situação relativa às características da população masculina infectada com HIV, com mais de 60 anos e que reside na área de Lisboa.

O presente trabalho é composto por três partes: a primeira apresenta a temática, (o problema) que queremos analisar, a pertinência do mesmo e a justificação, enquadrada num contexto sociológico. A segunda parte desenvolverá um enquadramento onde se irá desenvolver de forma mais completa uma revisão bibliográfica que fundamente o trabalho investigativo; Finalmente a terceira parte, onde será desenvolvida a metodologia que se pensa adequada a este estudo.

### **Razões da escolha do tema**

A trajectória de um processo de investigação parte sempre de um tema significativo para o investigador. É indispensável esta importância e ligação inicial porque só assim poderá surgir uma motivação concreta, promotora de um investimento pessoal.

O que me desperta nesta área concreta de investigação é, por um lado o receio que surge muitas vezes em abordar esta temática com pessoas idosas, julgando-se à partida que as mesmas estão incólumes, por outro lado, o conhecimento ainda pouco concreto que temos desta população de indivíduos.

Enquanto enfermeiro a trabalhar no serviço de Medicina 1, do Centro Hospitalar de Lisboa, fui confrontado em diversas ocasiões com esta situação. Era frequente, vários utentes idosos, entrarem na medicina para explorar o início de uma situação patológica crónica, que variava muitas vezes entre problemas do foro respiratório a problemas cardíacos, e que eram posteriormente confrontados com uma seropositividade inesperada. Esta além de desconhecida era recebida sem preparação, sem haver uma continuidade de acompanhamento, posterior à alta. Ao mesmo tempo era uma condição vivida pelos utentes que deixava os técnicos de saúde sem saberem muito bem como actuar, como lidar com esta realidade. Ali tínhamos um utente com a mesma idade que o nosso pai ou o nosso avô e que surgia com uma doença que habitualmente afligia adultos jovens, toxicodependentes e homossexuais.

É uma situação que considero constrangedora. Por um lado, a necessidade de informar, e que nem sempre é efectuada da forma mais correcta, que não atende sequer às limitações que o utente possui a nível de conhecimentos clínicos e científicos, e, por outro lado, a noção de “quase abandono” numa alta, sem existir uma preparação onde seja fornecida informação essencial, orientado o utente e a família.

É essencial perceber os mecanismos subjacentes a esta situação. Os dados existentes surgem dos serviços hospitalares, onde na maioria das vezes, senão na totalidade dos casos, o indivíduo desconhece a infecção por HIV. São na sua maioria indivíduos casados com um estilo de vida que não se insere, à partida em nenhum dos critérios dos comportamentos de risco. Um estudo efectuada pela Unidade de Saúde de Matosinhos salienta que “... dos cerca de vinte sete mil casos de SIDA diagnósticos em Portugal, cerca de 5% são pessoas com mais de sessenta anos. E o número de idosos tende a aumentar...a patologia foi detectada já em estado muito avançado e associada a outras doenças, algumas próprias da idade, como a hipertensão e a diabetes...na maior parte dos casos, 80%, o factor de infecção surgiu por via sexual, com a agravante de que o doente leva a infecção para casa, contaminando a mulher ou a parceira de longa data.” (Sic.Sapo. 2005, p. 1).

Como já referimos a SIDA não é exclusiva de determinados grupos sociais. Segundo Whipple e Scura “...escapa muitas vezes aos médicos o diagnóstico de infecção por HIV em indivíduos mais velhos. Contudo, não é raro encontrar-se HIV nesta população... de facto a SIDA tem sido comunicada em mais pessoas com 50 ou mais anos de idade do que em jovens de 24 anos ou menos. A incidência da SIDA em adultos de mais idade parece estar a aumentar mais rapidamente do que nos grupos etários mais jovens.” (Whipple e Scura, 1997, p. 71).

Nesta perspectiva, ficamos motivados para iniciar uma investigação neste grupo de indivíduos específica, tendo subjacente a ideia de que um bom projecto de investigação, segundo Gil (1991), é um guia das acções a serem desenvolvidas ao longo da investigação, é um documento fundamental, visto que esclarece acerca do que é pesquisado... é essencialmente um comunicado.

Já Canales (1986) refere que a investigação é a aplicação de procedimentos do método científico na resolução de perguntas essenciais sobre algo significativo. Com ela tenta-se solucionar problemas, encontrar respostas a perguntas e a estudar a relação entre os factores e os acontecimentos. Diz ainda que é um estudo que permite descobrir algo, que é sistemático, controlado, empírico, reflexivo e crítico de proposições hipotéticas. Fortin, por outro lado salienta que "...nenhuma profissão terá um desenvolvimento contínuo sem o contributo da investigação" (Fortin, 1999, p. 18).

### **Considerações sobre a pesquisa realizada**

Sabemos que todo o processo investigativo, no fundo toda a investigação é uma "ferramenta" útil e única que fundamenta a ciência e a maneira como ela trabalha. Não obstante isso, sentimos que é também um processo frágil, complexo e moroso.

O tema em estudo pretende, numa abordagem exploratória, descritiva e de natureza qualitativa, conhecer um pouco melhor a população masculina, com mais de 60 anos e infectada com HIV na área da cidade de Lisboa. Não existe uma caracterização desta população, na sua maioria são casos que surgem e que não têm continuidade de acompanhamento. Desconhece-se a orgânica familiar, o grupo social onde se integram, como percebem as intervenções das organizações e demais situações que nos poderiam oferecer índices concretos sobre quem são e onde vivem. É indispensável conhecer um pouco mais esta população. Só através de uma caracterização mais detalhada se podem adequar intervenções específicas, que sejam adequadas e que ofereçam respostas concretas. Será utilizada a entrevista como instrumento de investigação devido às características específicas de uma população idosa, onde o analfabetismo ainda se apresenta numa percentagem muito elevada. Será também tido em conta os métodos e as técnicas que são inerentes à realização de entrevistas, que têm em conta desde a gestão do espaço físico até à forma como são colocadas as questões, bem como a necessidade de reformulação das perguntas caso o entrevistado não percepcione o que é pretendido.

Por outro lado, também não se conhecem campanhas de prevenção adequadas e específicas para esta população concreta. As campanhas de prevenção orientam-se cada vez mais, segundo Andrade, para “informar globalmente a população e educar para a prevenção da SIDA significa que se tem de ter em consideração a comunidade nacional como um todo e a individualidade de cada cidadão. As mensagens dirigidas ao grande público não podem ser igual às que se destinam aos grupos alvo e as estratégias de intervenção terão de adaptar-se ao quotidiano das respectivas populações.” (Andrade, 1992, p. 5).

Na maior parte dos casos, quer a Comissão Nacional de Luta contra a SIDA, quer a associação Abraço, trabalham em áreas muito específicas, orientando-se para a área da prevenção na camada jovem, particularmente para com os homossexuais, toxicodependente, visto terem sido inicialmente as pessoas que mais casos de SIDA apresentaram.

Começou ainda há pouco tempo a surgir um esboço de mudança e as campanhas apresentam-se também para mulheres que pretendem engravidar. Falta no entanto um trabalho feito para a população a caminho da terceira idade. Segundo Montagnier “...uma doença transforma-se no mal do século porque cristaliza, simboliza a própria maneira como uma sociedade vive colectivamente o medo e a morte. Nesse sentido a doença é tão importante pelos seus efeitos imaginários como pelos seus efeitos reais. A SIDA não escapa a esta regra. Não tardou a sair do mundo médico para questionar os próprios fundamentos da sociedade. Presente na vida quotidiana, obriga-nos a reflectir e, eventualmente, a modificar os nossos comportamentos. Nenhuma doença, na época contemporânea, nos incitou tanto a interrogar-nos sobre a nossa identidade, os nossos valores, os nossos conceitos de tolerância e de responsabilidade.” (Montagnier, 1995, p. 215).

Outro ponto de partida essencial são as questões que irão orientar todo o trabalho. Elas servem como uma fronteira, como uma referência presente e constante. As questões formuladas à partida são:

1. Tiveram estes indivíduos do sexo masculino, com mais de 60 anos e que residem na área da cidade de Lisboa e que são portadores/ doentes com

HIV/SIDA, contacto com programas de prevenção? Que tipo de mensagem colheram?

2. Que importância dão os indivíduos do sexo masculino, com idade superior a 60 anos de idade ao facto de serem portadores de HIV?
3. Como percebem o trabalho desenvolvido pelas organizações e do qual são alvo?
4. Quem são estes indivíduos, do sexo masculino com mais de 60 anos de idade residentes na área da cidade de Lisboa, portadores de HIV?

É objectivo geral deste trabalho:

- Obter um conhecimento mais concreto e mais preciso da população masculina com mais de 60 anos de idade, portadores de HIV/SIDA e que residem na área da cidade de Lisboa.

E como objectivos específicos:

- Elaborar uma descrição detalhada sobre a temática da SIDA.
- Caracterizar, através de uma abordagem exploratória, a população masculina constituída pelos indivíduos com idade superior ou igual a 60 anos, portadores de HIV e que vivem na área de Lisboa.
- Propor e delinear, com base nos dados obtidos, medidas preventivas adequadas e pertinentes, relativas às características populacionais.

Assim, com o presente trabalho pretende-se:

- Numa perspectiva macro analisar e identificar a nível organizacional qual a resposta que existe. Ao mesmo tempo descrever como estas organizações se articulam entre si para falarem a mesma linguagem e trabalharem de forma a complementarem a sua acção.
- Numa perspectiva meso, entender como é que especificamente cada uma das organizações traça linhas de acção. Baseando-se em que pressuposto? Com que recursos? Com que fim?
- Numa perspectiva micro é pretensão deste trabalho conhecer esta população específica, constituída por indivíduos do sexo masculino, com mais de 60

anos e que residem na área da cidade de Lisboa e que são portadores/ doentes com HIV/SIDA. Detalhar a sua realidade pessoal e social. Só desta forma poderemos entender se o que é desenvolvido pelas organizações na sua área de prevenção e de intervenção se adequa a este grupo específico.

## **1 – UM SINAL DE ALERTA**

A SIDA tem-se transformado, com o passar dos anos e das décadas, numa pandemia sem precedentes. Entrou em todos os recantos das sociedades humanas e tem condicionado prioridades, alterado formas de estar, de pensar e também de agir; na sùmula, tem alterado comportamentos. Não só dos que entendem isso como necessário e como forma de combater eficazmente esta pandemia, mas também alterou a forma como socialmente nos relacionamos e interagimos.

A SIDA é segundo Andrade "...uma forma mais grave da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) ...que coloniza e destrói as células do organismo, neste caso determinadas categorias de glóbulos brancos. Significa o enfraquecimento do sistema de defesas do organismo que o tornam particularmente vulnerável a certas infecções." (Andrade, 1992, p.10). Já a enciclopédia da Sexualidade Liarte refere-se à SIDA como " a forma clínica mais grave de infecção pelo HIV. Trata-se de uma doença infecciosa. As suas características próprias são o aparecimento de infecções, alterações imunológicas e determinadas neoplasias" (Liarte, 1997, p. 552).

Esta infecção viral, cujos primeiros casos nos levam ao início da década de oitenta do século XX, nos Estados Unidos, ultrapassou todas as fronteiras, não faz distinção de sexo, idade, estilo de vida, cultura ou grupo social. Vinte e cinco anos após o seu aparecimento, continua a ser impossível controlar a sua propagação. Continua a ser imprevisível o seu evoluir e ultrapassa, de longe, as projecções efectuadas relativamente ao número de infectados.

Como já referimos, a SIDA, socialmente, coloca inúmeros desafios, quer relativamente ao comportamento individual, quer no que se relaciona com a resposta que as organizações e os governos dão a tal situação.

Kofi Annan, no seu discurso de abertura nas Nações Unidas, cujo objectivo foi estabelecer uma estratégia global de combate ao HIV, refere que "*...above all, it calls*

*on all sectors of society to show leadership in galvanizing the response to HIV/AIDS among towns and villages, young people and those not so young, companies and community organizations, countries and continents. Only when all these forces join in a common effort will we be able to expand and fight against the epidemic to decrease risk, vulnerability and impact.” (UNAIDS, 2001, p. 3).*

De facto os desafios colocados hoje em dia pela SIDA e pelo HIV são uma realidade, cuja resposta vem tardando e que se tem mostrado extremamente ineficaz. A ineficácia prende-se com diversos factores, quer no estabelecer de prioridades concretas, nas formas de actuação adequadas, que vão ao encontro das realidades, por outro lado, mobilizando todos os sectores da sociedade, desde as pequenas organizações comunitárias às políticas de saúde. No fundo é necessário fomentar uma colaboração de todos os intervenientes sociais, desde governos a organizações, passando pelas comunidades locais, para que se possa obter resultados positivos nesta longa e até ao momento inglória batalha. Peter Piot refere que a “...*AIDS is an emergency but it is a long term emergency. We are facing the most devastating epidemic humanity has ever known... the world known about AIDS for twenty years. During that time the disease has spread to every continent. In the worst affected countries, it has set back human progress by decades. But over the past twenty years we have also learned a great deal about how to tackle AIDS. The most important lesson has been that half-measures do not work against this epidemic.*” (UNAIDS, 2001, p. 4).

Para que todo este tema esteja contextualizado é necessário entendermos o que é de facto o HIV/SIDA, qual a sua origem, de que forma se transmite e na área da prevenção, quais as medidas mais eficazes e adequadas ao grupo populacional a que nos dirigimos.

## **1.1 – BREVE HISTÓRIA DA SIDA**

A década de oitenta do século XX foi o momento que ficou conhecido como aquele onde surgiram os primeiros casos de HIV/SIDA nos Estados Unidos. Desde então, e segundo André “ tem vindo a assumir-se como verdadeira epidemia a nível mundial” (André, 1998:20), o que de facto pode ser comprovado com os números



crescentes, particularmente em adolescentes, mulheres e idosos. Esta nova situação trouxe consigo um estigma social e um receio exacerbado, reforçado e mesmo explorado pelos *mídia*. A ideia inicial partia do pressuposto de que esta situação era socialmente uma doença exclusiva de determinados grupos sociais, prostitutas, homossexuais e toxicodependentes. Estar infectado com o HIV ou ter SIDA era conotado como pertença a um destes grupos sociais.

Apesar de já ter passado 25 anos desde o início desta pandemia, o receio e a conotação dos infectados ainda continua muito presente socialmente. Apesar de todas as campanhas de esclarecimento e de se tentar consecutivamente alterar a ideia de grupo de risco, parece que esta ideia estigmatizante se enraizou profundamente nas dinâmicas sociais. O crescente número de infectados aumentou tão significativamente que em 1999 as Nações Unidas decidiram adoptar medidas específicas para combater o HIV.

Em 2001 e face aos novos números, sempre crescentes, que ultrapassavam as piores previsões estatísticas, houve a necessidade de adoptar medidas mais concretas através de *"...support communities and countries to reduce risk and vulnerability to infection. To save lives and alleviate human suffering, and to lessen the epidemics overall impact on development."* (Unaids, 2001, p. 2).

Estas são no entanto medidas muito genéricas que, apesar de apelarem a uma intervenção social de todos, nada oferecem de novo e que não especificam em concreto as atitudes possíveis. Na mesma reunião da UNAIDS foi decidido que *"...it is the role of national governments, working with civil society, to provide the leadership, means and co-ordination for national and international efforts to respond to country and community needs.*

*- In communities around the world support for the active engagement of people living with and affected by HIV/AIDS is central to the response.*

*- Gender inequalities fuelling the epidemic must be explicitly addressed, and*

*- prevention methods, life saving treatments and the results of scientific breakthroughs need to be equitably and affordably available to all."* (Unaids, 2001, p. 2).

A nível mundial, até final de 2005, há uma estimativa de 40.3 milhões de pessoas a viver com HIV/SIDA. Só em 2005 surgiram 4.9 milhões de novos casos e aconteceram 3.1 milhões de mortes relacionadas com a SIDA. No entanto alguns autores e os próprios membros da UNAIDS acreditam que para termos um número que se aproxime da realidade deveríamos multiplicar os 40.3 milhões de infectados/doentes por 5, o que perfaz um total de 201.3 milhões de infectados. A SIDA encontra-se hoje disseminada por todos os Países em todos os Continentes.

Em África os números ultrapassaram as piores previsões. Em muitas comunidades o número de mortes condicionou o desenvolvimento, as estruturas e as organizações sociais, dificultando e impossibilitando o acesso a condições básicas de vida. O número de crianças órfãos e infectadas é incontável. Em alguns países o retrocesso social e económico foi de décadas pois perdem-se os indivíduos na fase mais activa da sua vida. Agravando esta situação, já de si caótica, surgem todas as políticas e pressões impostas pelos *lobbys* e pelos governos, no que se relaciona com as medidas terapêuticas, nomeadamente o fornecimento de medicação a preços acessíveis, o acesso às novas descobertas científicas, quer na área da prevenção, quer na área da intervenção, com os novos fármacos inibidores da protease vírica. Estes são países de uma pobreza extrema, sem grandes estruturas básicas a nível da saúde, educação e indústria, e que não podem arcar com uma despesa ilimitada no que se relaciona com a medicação, já para não detalharmos as dificuldades e os investimentos necessários a nível da prevenção, para que as mudanças de atitude e de comportamento aconteçam de forma visível, como seja a necessidade de se alterarem hábitos culturalmente enraizados e que inviabilizam o uso do preservativo e as relações monogâmicas.

Só na Europa contam-se, desde a década de oitenta, cerca de 720 mil casos de SIDA havendo em 2005 vinte e dois mil novos infectados diagnosticados, e 12 mil óbitos, no mesmo ano. Estes dados fornecidos pela UNAIDS, podem estar aquém do número real de casos, salienta a mesma fonte. Esta é uma situação de saúde/doença que pode ficar latente durante um período indefinido, indo em média até 10 anos em fase assintomática, o que pode fazer com que, e não havendo nenhuma sintomatologia, o indivíduo não procure efectuar um teste de despiste, ou tenha sequer motivos para pensar que é um portador de HIV.

Em Portugal em 1990 é criada a Comissão Nacional de Luta contra a SIDA, a fim de serem estabelecidas metas e objectivos concretos para o combate ao HIV/SIDA a nível nacional: situação que se tem demonstrado de uma ineficácia comprovada pelo número de infectados. No entanto o surgir desta Comissão foi o culminar de um longo caminho já percorrido. O primeiro caso de HIV em Portugal surgiu no Hospital Curry Cabral, num indivíduo do sexo masculino, que se encontrava já na fase de doença (SIDA). Esta situação traduz o facto de que esta situação de doença já foi detectada tardiamente, visto a fase de SIDA ser uma das últimas fases da infecção por HIV. Esta foi uma situação de doença completamente nova com que a Universidade de Farmácia de Lisboa se deparou, e que começou aqui a sua lenta expansão. Até final de 1986 só tinha surgido um único caso de infecção por HIV em mulheres entre nós.

Os primeiros casos que surgiram no panorama hospitalar português podem muitas vezes induzir em erro, visto que surgiam, ao abrigo do protocolo existente entre Portugal e outros países de expressão portuguesa, como era o caso de Cabo Verde e Guiné-Bissau, onde a infecção por HIV já tomava proporções muito mais alarmantes, indivíduos que se deslocavam a Portugal com o intuito de aqui receber tratamento e acompanhamento clínico. Segundo Kamal "...a expressão geográfica do vírus era uma expressão muito limitada. A África Ocidental e nomeadamente alguns países como a Guiné-bissau, de onde era o maior número de doentes que recebíamos, ao abrigo dos acordos que tínhamos como antiga colónia portuguesa...eram predominantemente casos de doentes vindos da Africa Ocidental, nomeadamente da Guiné-bissau, eram portanto casos importados." (Entrevista – Março 2007 – Anexo 2).

Portugal apresentou uma evolução de casos, quer em número, quer no grupo de infectados em todo o caso semelhante ao que sucedia nos Estados Unidos e outros países da Europa. "A questão que se punha relativamente ao diagnóstico dos primeiros casos em Portugal é que muitos desses primeiros casos tinham sido diagnosticados fora de Portugal, porque os testes não eram feitos tão precocemente quanto começavam a ser feitos noutros países, e lembro-me que a Professora Odete Ferreira, da faculdade de farmácia, que foi uma das pessoas pioneiras no desenvolvimento e na execução de testes para VIH 1, tinha estudado várias pessoas

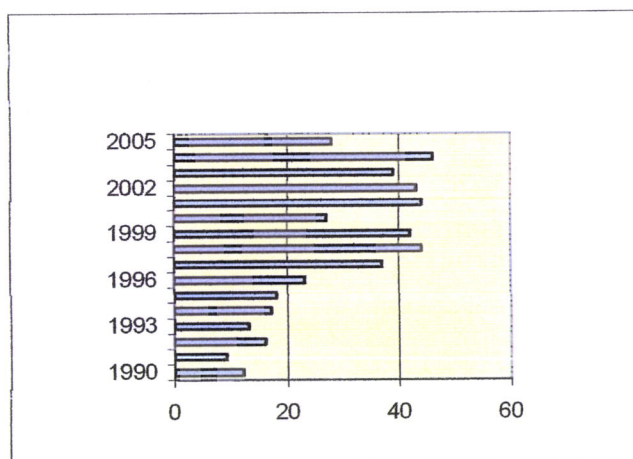
infectadas por VIH 1 em Portugal e que eram portugueses e que alguns deles não tinham nenhuma correlação com África.” (Entrevista – Março 2007 – Anexo 2). Existiu uma preocupação muito concreta a nível da comunidade científica que se relacionava essencialmente com a expressividade que o HIV 2 poderia ter. Foi em Portugal que foi descoberto, em 1986, e isolado este subtipo viral, até então desconhecido: “Os primeiros casos de doentes por infecção de VIH2 foram seguidos aqui no serviço, e eu fui um dos colaboradores na caracterização e isolamento do vírus. Mas estamos a falar do VIH2... Foi em 1986!” (Entrevista – Março 2007 – Anexo 2).

A pandemia começa assim a tomar forma nesta década de oitenta em Portugal e confronta a classe médica e científica com novos problemas, com desafios constantes: “Lembro-me que na década de oitenta se falava na infecção por VIH como a doença dos três H’s; dos homossexuais, hemofílicos e Haitianos. Por razões na altura pouco claras, o Haiti era uma zona onde a infecção era muito frequente. E depois em relação aos consumidores de drogas. Naturalmente ela começou por ser uma doença muito dirigida a alguns grupos da comunidade e que ao longo do tempo nos vamos apercebendo que a expansão da doença não se faz exclusivamente a partir destes grupos, mas também através das relações heterossexuais. De tal maneira que neste momento aquilo que nos preocupa, do ponto de vista epidemiológico e do ponto de vista do crescimento da epidemia, ou da pandemia, é a transmissão por via heterossexual, ainda que nos países industrializados, depois de uma fase inicial, em que sobretudo, relativamente aos homossexuais masculinos tinha havido uma adesão boa às medidas de controle, de transmissão.” (Entrevista – Março 2007 – Anexo 2). Nos primeiros 6 meses de 2005 surgiram 1174 novos casos de HIV em Portugal. Há um total de 28370 casos de HIV/SIDA em Portugal, desde 1983 até Dezembro de 2005.

De 1983 a Julho de 2005 surgiram um total de 469 casos de indivíduos do sexo masculino com idade superior a 60 anos de idade. O número de infectados do sexo masculino com mais de 60 anos aumentou consideravelmente a partir do ano de 2000, perfazendo uma média de mais de 20 novos casos ano. Presentemente, e como já foi referido, são as relações heterossexuais onde se percebe existir um maior número de infecções e comportamentos de risco: “os heterossexuais, nas suas relações heterossexuais pudessem ter menos cuidado,

uma vez que se não eram homossexuais não apanhariam a infecção, o que não era absolutamente verdade, uma vez que já havia na altura, mulheres infectadas. Mulheres que eram consumidoras de drogas e heterossexuais, em simultâneo; portanto, poderiam ter sido infectados por qualquer das duas vias. E algumas mulheres que eram parceiras de homo ou bissexuais, portanto isso pode ter contribuído para que a expansão da epidemia na comunidade heterossexual começasse a ser feita. Naturalmente que nós tomamos consciência de que esta infecção começa a ser frequente numa população acima dos quarenta anos, ou se quiser, acima dos cinquenta anos, porque muitos destes doentes passam a procurar ajuda por outras patologias e o diagnostico é feito por via indirecta, porque na maior parte das vezes nem sequer, quando se procura colher uma história epidemiológica mais cuidada, foi valorizada a exposição ocasional heterossexual que essas pessoas teriam tido.” (Entrevista – Março 2007 – Anexo 2).

Gráfico nº1 – Número de casos de HIV/SIDA em idosos do sexo masculino com mais de 60 anos de idade em Lisboa – Portugal.

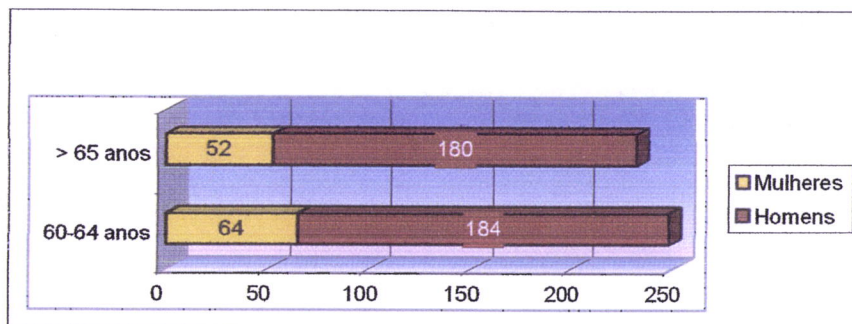


Fonte: Instituto Ricardo Jorge, Lisboa, 2006.

Portugal é um dos países da Europa que apresenta um número crescente de casos de SIDA, ao contrário de todos os outros países. Segundo Guedes “...a pandemia da SIDA não pode ser tratada globalmente pois as extremas diferenças das pandemias geográficas parcelares são, elas próprias ingredientes íntimos da tragédia ... nos países a que felizmente pertencemos, a miséria real é menos visível, logo, mais possível de ser ignorada, e aquela que quotidianamente a televisão nos

serve entre duas farsas ou ficção tornou-se praticamente virtual.” (Guedes, 1995, p. 94-95).

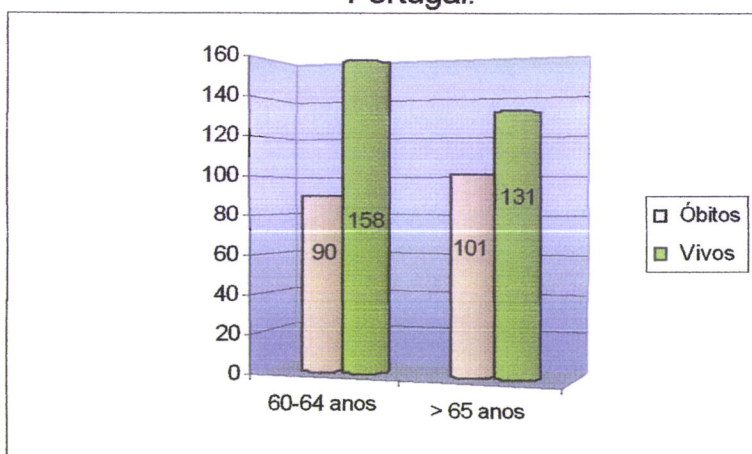
Gráfico nº 2 – Número de casos de HIV/SIDA por grupo etário em Lisboa – Portugal.



Fonte: Instituto Ricardo Jorge, Lisboa, 2006.

Os óbitos, na área de Lisboa, relacionados com o HIV/SIDA em idosos com mais de 60 anos, apresentam 191 casos. No entanto, o número de idosos que vivem diariamente com esta situação conta os 289 casos.

Gráfico nº 3 – Estado vital dos indivíduos idosos com HIV/SIDA em Lisboa – Portugal.

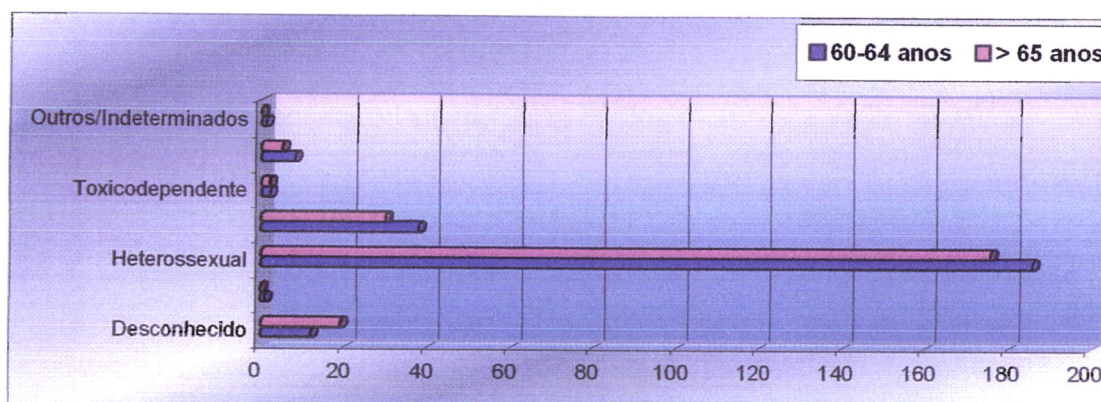


Fonte: Instituto Ricardo Jorge, Lisboa, 2006.

Na área de Lisboa os indivíduos idosos contraíram infecção por HIV essencialmente por via sexual (heterossexuais/homossexual). Sendo esta a forma natural de transmissão do vírus.



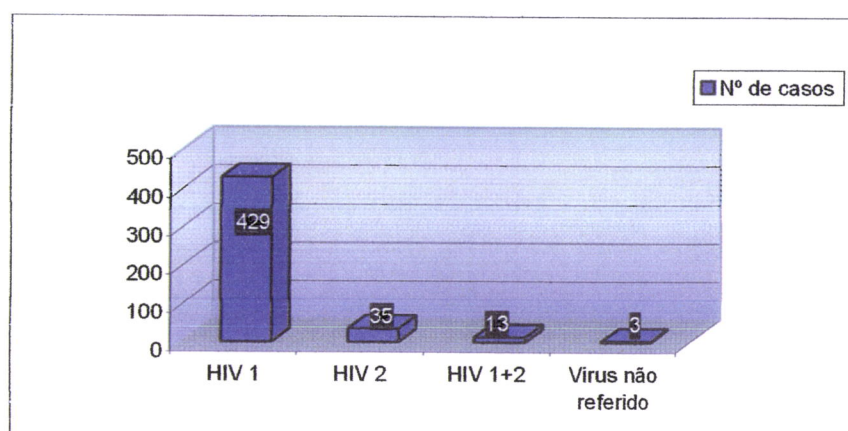
Gráfico nº 4 – Categoria de transmissão do HIV/SIDA nos idosos com mais de 60 anos em Lisboa – Portugal.



Fonte: Instituto Ricardo Jorge, Lisboa, 2006.

O HIV I continua a ser o vírus predominante na infecção em Portugal. Esta estirpe viral é a mais agressiva e a que consegue apresentar um nível de resistência maior aos anti retrovírais conhecidos. Os idosos, com mais de 60 anos, na área de Lisboa apresentam infecção pelo HIV I em quase 90% dos casos.

Gráfico nº 5 – Prevalência do tipo de vírus nos idosos em Lisboa – Portugal.

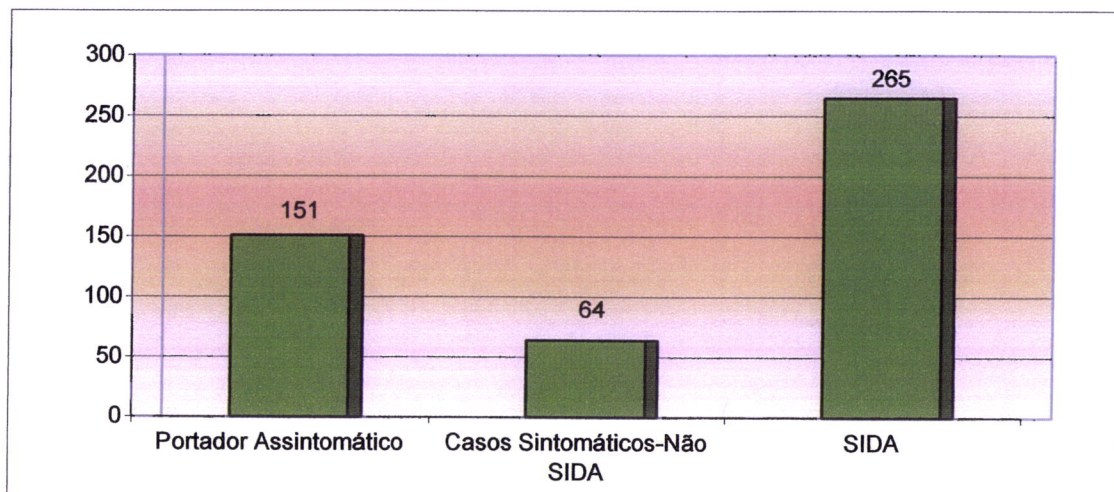


Fonte: Instituto Ricardo Jorge, Lisboa, 2006.

O número de casos notificados em Lisboa em idosos dá-nos conta que a maior parte dos indivíduos se encontra na fase de doença (SIDA). Situação que traz

inúmeras implicações para a saúde e necessidades específicas a nível de acompanhamento e apoio.

Gráfico nº 6 – Tipo de notificação médica dos idosos na área de Lisboa.



Fonte: Instituto Ricardo Jorge, Lisboa, 2006.

A par da Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA também a Associação Abraço tem desenvolvido em Portugal múltiplas actividades de carácter preventivo e de sensibilização. No entanto, todo o trabalho desenvolvido centra-se essencialmente em indivíduos jovens, toxicodependentes e homossexuais.

Mais recentemente, em meados dos anos noventa, foram desenvolvidas campanhas de prevenção que pretendiam sensibilizar os jovens em idade escolar, e as mulheres que pretendiam engravidar. Os idosos e outros grupos populacionais foram totalmente descurados.

É impossível fazer uma previsão concreta e fundamentada em números reais. A SIDA é considerada uma “praga lenta”. Os infectados com o HIV podem levar mais de uma década a passarem à fase de doentes. De facto o período de latência pode ser de décadas, e no caso dos indivíduos com mais de 60 anos de idade, camuflados com outras situações clínicas de saúde, que dificultam o diagnóstico.



A maior parte dos estudos e da investigação efectuados em Inglaterra e Estados Unidos concluem que os adultos idosos são diagnosticados numa fase já avançada da sua infecção por HIV, ou seja, já numa fase sintomática: situação que não acontece noutros grupos etários. Apesar da sensibilidade médica ter mudado no que se relaciona com a possibilidade de um idoso ter HIV/SIDA, há ainda muito a fazer e não é invulgar, segundo More *"...health care workers often overlook HIV symptoms in older adults as part of getting older, but similar signs in young adults automatically would lead clinicians to consider HIV"* (More, 2000, p. 2).

Já Brown (2002), no seu estudo sobre esta população reforça a ideia de que as falhas de diagnóstico são muito frequentes, mais do que se pode eventualmente imaginar. Esta autora refere que para um diagnóstico ter falhas basta não se valorizar num idoso sintomas como seja a perda de peso, fadiga, a diminuição da capacidade física e mental, infecções respiratórias, urinárias, entre outras. Situações clínicas, como o Alzheimer e o Parkinsonismo, também podem camuflar a infecção por HIV. Se o médico não se preocupar em fazer uma exploração precisa e detalhada relativamente à história do utente, onde seja apreciada também a actividade sexual e comportamentos, há o risco de não se isolar uma situação de infecção por HIV.

Segundo Williams (2002), reforça no seu estudo que é necessário aos técnicos de saúde, antes de mais, aprendam a abordar esta temática com o utente idoso, de forma a não condicionarem as respostas, nem a fazerem juízos de valor. Por outro lado, e segundo Siegel (1999), o próprio idoso faz uma desvalorização dos seus sintomas. No estudo que efectuou Siegel (1999) concluiu que existe uma demora e uma desvalorização da preocupação, quer com o teste ao HIV, quer com a procura de orientação por parte dos adultos idosos, mesmo reconhecendo ter um passado com comportamentos de risco. Esta posição advém do facto de pensarem que não apresentam sintomatologia ou que a sintomatologia apresentada se relaciona com o processo de envelhecer porque *"...these symptoms were not part of their common sense illness representation of HIV infection, and because they could plausibly ascribe symptoms to another cause of illness"* (Siegel, 1999, p. 5).

More reforça esta ideia no seu trabalho *"...older adults also are unaware of HIV prevalence in seniors. They often are less informed and more misinformed about HIV"*

*than younger adults. Many older adults also falsely believe they are immune to AIDS"*  
(More, 2000, p. 2).

## 2 – O VÍRUS

HIV é a sigla que denomina Human Immunodeficiency Vírus ou como é conhecido em Portugal, vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). Desconhece-se até ao presente se de facto esta é uma nova estirpe viral ou se já existiria em reservatórios naturais, onde se multiplicava e permanecia, sem que isso, no entanto tivesse consequências para a humanidade.

Sabemos que o HIV é um retrovírus da família dos lentovírus, tendo sido inicialmente denominado de lenti-retrovírus. São duas as variantes deste vírus, a estirpe HIV I, e a estirpe HIV II. O HIV I é o vírus que predominantemente surge nos indivíduos que vivem nos Estados Unidos e Europa. O HIV II, menos virulento, surge na epidemia que assola os Países Africanos. Segundo Evans e Kaslow *“...the discovery of HIV I has its scientific roots in research of oncogenic vírus in chickens. Elleman and Barg in 1908 and Rous in 1911 found that filterable agents were capable of inducing leukaemia's and sarcomas in chickens. Retrovirus (initially called RNA tumour virus) are subdivided into onco and lentivirus families... reverse transcriptase, a viral encoded enzyme that promotes the synthesis of a proviral DNA from a RNA template was discovered in the early 1970 by Temin and Baltimore.”* (Evans e Kaslow, 1997, p. 714).

Em 1983 Robert Gallo (EUA) e Luc Montagnier (França) isolaram o vírus responsável pela infecção, denominando-o de Vírus da Imunodeficiência Humana ou VIH. Posteriormente, em 1985, e com a participação de Portugal, foi isolado um outro subtipo do HIV, o HIV II; passando os mesmos a serem denominados por VIH 1 (ou HIV I) e VIH 2 (ou HIV II). No fundo, e à semelhança de todos os outros vírus, é um parasita celular. Não consegue por si só multiplicar-se e sobreviver; necessita de células vivas para continuar a existir, utiliza-as para se multiplicar (reproduzir); sendo este o único objectivo final dos vírus: a sua replicação.

A velocidade de progressão da doença depende da “...quantidade viral inoculada, da virulência da estirpe (HIV I é mais virulento que o II), do sexo (pior no sexo feminino), da idade (pior nas crianças e nos idosos) e da frequência de episódios infecciosos a outros microorganismos.” (Saúde Pública, p.1).

É a propriedade de converter o seu ARN em ADN que transforma o HIV num vírus tão letal para os seres humanos.

Iremos de seguida explicar, de forma sucinta, o mecanismo utilizado pelo vírus para se alojar e fixar nas CD4 e, ao mesmo tempo, porque é que esse acto se torna letal para o sistema imunitário do hospedeiro humano.

Após a entrada no hospedeiro, o primeiro passo do ciclo viral é a fixação do vírus na membrana celular. O HIV tem uma afinidade específica para com os receptores existentes nas paredes celulares das CD4, sendo por isso estas as células alvo da infecção viral. Após este passo crucial, o vírus efectua a passagem da sua capsíde vírica para dentro da célula hospedeira. Já dentro da célula, e através da acção da enzima viral, transcriptase reversa, o ARN viral converte-se numa hélice de ADN que se desloca até ao núcleo celular, onde se vai agregar ao ADN celular. A célula passa a ter no seu núcleo este filamento de ADN vírico agregado ao seu e multiplica-o como se fizesse parte do genoma celular, sempre que se divide. A CD4 inicia então o processo de produzir cópias de ARN vírico. A produção e fabrico de ARN vírico acontecem no núcleo celular, sendo posteriormente transportado para o citoplasma celular. No citoplasma são formadas, por acção deste ARN, as várias componentes virais, que serão depois libertadas das CD4 como viriões e prontas a reiniciar o ciclo viral noutro hospedeiro, neste caso, noutro Linfócito T4.

No fundo, o vírus drena os recursos celulares, afastando a célula das suas funções primordiais, que são participar na reacção de defesa do organismo. Segundo Spach e Hooton “*Three recent studies suggested that HIV production and CD4 cell turnover exist in a quasisteady state process that reflects a dynamic struggle between the virus and the immune system. On a daily basis, an HIV infected individual will produce 100 million to 10 billion new HIV virus and will have a similar number of CD4 lymphocytes destroyed. Current information suggests that high level*

*of HIV replication leads to CD4 lymphocyte destruction with eventual weakening of the immune system and development of AIDS” (Spach e Hooton, 1996, p. 10).*

Como já referimos, os retrovírus já eram do conhecimento humano há muitas décadas, no entanto, os mesmos não representavam perigo para os seres humanos visto a especificidade necessária entre corpo vírico e hospedeiro não estar presente. Ou seja, mesmo em contacto com os retrovírus até então conhecidos pelo homem, o risco de nos tornarmos hospedeiros era inexistente.

Presentemente existem ainda várias teorias que pretendem explicar o surgimento do HIV. Uma delas refere que o retrovírus que vive num hospedeiro natural, (o macaco verde da África Sub Saariana), e ao qual não traz consequências nem provoca lesões a nível do seu sistema imunitário, terá passado, de alguma forma, difícil de precisar, para o hospedeiro humano, encontrando aí a sua afinidade específica.

Tudo o que possuímos como facto é que, de alguma forma, este vírus terá infectado o homem. As fronteiras são desde há algumas décadas meras situações políticas e sociais. As viagens intercontinentais acontecem com uma facilidade indescritível. Situações que se limitavam, há algumas décadas atrás, a determinados locais geográficos, ultrapassam hoje todas as fronteiras e todos os continentes. Como exemplo, podemos apontar a crise despoletada pelo vírus Ébola que, à semelhança do HIV, também é um retrovírus, e que só devido a uma intervenção imediata não se transformou também numa epidemia nos Estados Unidos. Pensa-se que a África e mesmo a Amazónia serão reservatórios naturais para uma série de vírus e bactérias desconhecidas e cujas consequências para a humanidade possam ser devastadoras caso saiam do seu ambiente natural.

No entanto, tudo o que possuímos, até hoje, não passa de meras conjecturas. Nada foi provado cientificamente, visto serem várias as teorias para o surgimento do HIV, algumas delas apontando inclusivamente a produção em laboratório do HIV para fins bélicos, à semelhança de muitas outras toxinas, como seja o gás mostarda e o Antraz. Tudo o que sabemos como facto é que, na década de oitenta, mais precisamente em 1981 os cientistas e toda a classe médica foram confrontados com uma “doença” até então desconhecida, que destruíra o sistema

imunitário dos doentes. A transmissão acontecia por via sexual, aliás, a via de transmissão natural do HIV, bem como através de sangue contaminado. Logo nos primeiros anos era uma situação clínica exclusiva de grupos sociais específicos, os toxicodependentes, que utilizam a via endovenosa e muito especialmente os homossexuais, pelo que chegou a ser denominado de *cancro* Gay nos Estados Unidos, como já referido.

### **3 – FORMAS DE TRANSMISSÃO**

A via natural de transmissão do HIV é a via sexual. Segundo a OMS, reportando-se aos primeiros anos do aparecimento da SIDA, *“...como a mesma era uma doença que afecta indivíduos sexualmente activos, os cientistas concluíram que a causa era provavelmente um micróbio transmitido por via sexual.”* (OMS, 1994, p. 14).

De facto, a via sexual é a via natural pela qual o vírus HIV se dissemina. É importante no entanto entender que o vírus se encontra, após o contágio, em todos os fluidos orgânicos, desde a saliva, às lágrimas, suor, sémen, sangue e secreções vaginais. Apesar da presença do vírus se encontrar em todos os fluidos orgânicos a transmissão só acontece através do contacto de pele lesada ou ferida, com sangue infectado ou derivados do mesmo, sémen, secreções vaginais e da mãe para o filho durante o parto ou aleitamento. Não são conhecidas até hoje outras formas de transmissão do HIV.

#### **3.1 – TRANSMISSÃO POR CONTACTO COM SANGUE OU DERIVADOS**

O sangue tem uma concentração muito alta de partículas víricas. É, aliás, também no sangue que circulam as CD4, células que o HIV tem por alvo preferencial. O contacto com o sangue ou derivados, como seja o plasma, e qualquer líquido sero hemático pode ser passível de transmitir o HIV, se este contacto for efectuado com alguma área lesada, com solução de continuidade na pele ou mucosas de um não portador.

O contágio por transfusão de sangue ou hemoderivados, contaminados com HIV, tem praticamente uma taxa de infecção de 100%, enquanto a transmissão por via sexual ou a que acontece perinatal, tem um percentual menos significativo. A transmissão por via sanguínea também pode acontecer através das transfusões de sangue, plasma ou factores de coagulação. Esta é no entanto uma situação que se encontra praticamente ultrapassada, visto todo o sangue passar por uma triagem,

antes de ser aceite para transfusões. Não obstante, convém lembrar que muitos dos casos que surgiram a nível mundial aconteceram por esta via, e mesmo em Portugal há alguns anos atrás, fomos palco de uma polémica que surgiu devido à colocação de um factor de coagulação para hemofílicos contaminado com o HIV. Por outro lado, é possível existirem ainda portadores de HIV, assintomáticos, que tiveram contacto com o HIV através de transfusão recebida antes do controle do sangue ser tão exaustivo e detalhado.

Hoje em dia é habitualmente através da partilha de seringas infectadas, em consumidores de droga por via endovenosa, que acontece esta forma de transmissão. Basta uma pequena quantidade de sangue infectado com o HIV para que aconteça a transmissão vírica. Não é no entanto exclusivo deste comportamento a transmissão por via sanguínea. Qualquer utilização que um indivíduo possa fazer de objectos infectados com sangue infectado colocam-no em risco de contrair infecção pelo HIV: partilha de lâminas de barbear ou a utilização de escovas de dentes, bem como ter contacto com lâminas ou objectos cortantes que já foram utilizados por outros, podem colocar o indivíduo em risco. Há certas zonas do território nacional onde, por rituais de pertença a grupos ou gangs, o indivíduo jovem tem de fazer, aquilo que é denominado de pacto de sangue; e que mais não é do que unir com outro indivíduo um corte efectuado em área do corpo indeterminada, com o objectivo de simbolizar um facto e uma união de sangue. Tal comportamento, comum em algumas áreas geográficas, como sejam os Açores, e nomeadamente na população escolar, esconde em si um risco grande na transmissão do HIV.

### **3.2 – TRANSMISSÃO POR VIA SEXUAL**

Tem sido desde o início desta pandemia, esta a via pela qual o vírus se tem transmitido mais frequentemente. É aliás, como já referimos uma doença de transmissão sexual, sendo esta a vida natural de transmissão do vírus. A nível mundial a transmissão por via sexual perfaz um total de 90% das infecções por HIV. A quantidade de vírus presente nas secreções vaginais e sémen é muito elevada, bastando um contacto sexual, sem o uso do preservativo, para que aconteça o contágio. Durante o acto sexual, sem a utilização do preservativo, pode ocorrer a passagem de corpos víricos através de pequenas lesões e fragilidades na mucosa, quer vaginal, quer anal. A percentagem de transmissão, através das relações



sexuais desprotegidas, acontece em 20% dos casos. Nas relações heterossexuais, onde não existe a penetração anal, nem lesões a nível da mucosa vaginal a transmissão é mais difícil de suceder devido à elasticidade e resistência das paredes vaginais, situação que não sucede na penetração anal, pois a elasticidade e resistência da mucosa anal é muito menor.

Na transmissão por via sexual temos sempre de ter em conta uma série de factores, quer de ordem cultural, quer de ordem social. Há muitas sociedades que incentivam os múltiplos parceiros e que o recorrer à prostituição é socialmente aceite, bem como todos os ritos de passagem para a vida adulta, que incluíam a iniciação num prostíbulo. Nas sociedades latinas ainda se mantém a ideia de que o verdadeiro homem tem de ter o máximo de relações possíveis, mesmo nas idades mais avançadas. Continua a ser comum a ideia de que só as relações homossexuais e os toxicodependentes são os alvos desta doença.

Atribuíram-se, em países como os Estados Unidos, causas divinas, castigos e purificação da humanidade do estilo de vida homossexual. A verdade, porém, é que há que mudar as atitudes e mentalidades que existem perante o sexo e o comportamento individual. Essa mudança não se relaciona só com o estilo de vida de cada indivíduo, nem tão pouco com as suas opções de vida, mas sim com a responsabilidade individual. Só desta forma será possível inverter o panorama presentemente vivido a nível mundial.

Socialmente a SIDA lançou múltiplos debates, foram levantadas questões que até então viviam na sombra das relações sociais e humanas. Mais do que nunca vieram a público assuntos como a sexualidade, a forma como era vivida, as orientações, e toda uma complexidade de assuntos que eram tabus. Assuntos, que eram considerados do foro privado, tornaram-se da noite para o dia em assuntos de exposição constante.

A ideia inicial, que relacionava o HIV aos homossexuais, fez com que o diagnóstico da doença levasse o indivíduo a ser confrontado com todo o tipo de observação, marginalização e associação a este estilo de vida. Continua a existir, socialmente, uma atitude marginalizante relativamente ao que sai fora dos padrões aceites por normais. Hoje, quando se debate publicamente esta situação, todos têm

habitualmente uma opinião formada sobre o assunto, nomeadamente sobre o que está certo e o que está errado. A preocupação essencial deveria ser colocada nos comportamentos de risco, nunca no estilo de vida. O comportamento de risco, tanto pode acontecer nas relações homossexuais, como nas heterossexuais. Aliás, o número de casos, em indivíduos heterossexuais ultrapassa indiscutivelmente o número de casos em homossexuais.

Como já foi referido, continua no entanto esta associação a grupo de risco, na área da sexualidade. Esta situação condiciona o portador de HIV, levando-o a adoptar uma atitude de isolamento social. Não é raro encontrar casos em que a família, os amigos e colegas de trabalho marginalizam e rejeitam o indivíduo. Surgem as dificuldades associadas ao emprego, frequentar espaços públicos (em especial se tiver sinais visíveis da doença).

### **3.3 – TRANSMISSÃO MÃE/FILHO**

A terceira e última forma conhecida de transmissão é a da mãe para com o filho. Esta transmissão pode suceder quer durante a gravidez, quer durante o parto e posteriormente no aleitamento. Durante a gravidez a transmissão de corpos víricos da mãe infectada para com o filho acontece numa percentagem de aproximadamente 14% na Europa. Nos primeiros meses de vida, após o nascimento, o recém-nascido desenvolve as suas próprias células de defesa, o que lhe permite, em muitos casos, uma seroconversão, tornando-se HIV negativo.

O grande risco de infecção acontece no entanto durante o parto, quando o recém-nascido é colocado em contacto com as secreções maternas, os líquidos sero-hemáticos e os tecidos da própria mãe. Se o recém-nascido tiver, ou fizer, alguma lesão cutânea, há fortes probabilidades do contágio se dar. Por este motivo é aconselhado a todas as grávidas a não terem um parto pela via normal, eutócico, e sim optarem pela cesariana. Situação que apresenta menores riscos e traumatismos para a criança.

A outra situação passível de ser factor de transmissão do HIV é o aleitamento materno. A mãe seropositiva não deve amamentar o recém-nascido. O leite materno é um alimento excepcional perante as necessidades do bebé. No entanto a

concentração virica é também muito alta, o que faz com que as probabilidades da transmissão do HIV sejam também muito altas.

Segundo Evans e Kaslow *"the breast feeding can result in infection has been documented... breastfeeding is the major route of infection."* (Evans e Kaslow, 1997, p. 753).

Também é importante termos a noção de que a virulência do HIV I é muito maior, mesmo nesta forma de transmissão. Uma grávida, infectada com HIV I, tem maiores probabilidades de transmitir o vírus ao feto do que uma infectada com o HIV II. Estudos conduzidos por Evans, Spach, Hooton e Kaslow, demonstraram que praticamente a totalidade das mulheres infectadas com o HIV II, que engravidaram, não transmitiram ao feto o HIV, situação que não acontece com as grávidas infectadas com o HIV I.

Segundo Guerreiro, na sua comunicação nas Jornadas Antropológicas em Saúde Pública/Comunitária, em 1992, refere que "...até à data não foi demonstrado qualquer embriopatia provocada pela infecção HIV e as fetopatias até então detectadas não podem ser completamente desligadas de outros factores de risco que normalmente são concomitantes nestas grávidas. Também não foi demonstrada qualquer influência estatisticamente significativa quer da gravidez na infecção, quer na seropositividade...o conhecimento da seropositividade da mãe permite um diagnóstico, vigilância e terapêutica antiviral e profilática mais precoce na infecção neonatal e sobretudo permite interditar o aleitamento materno, com a consequente diminuição da taxa de transmissão perinatal." (Guerreiro, 1992, p. 125).

#### **4 – AS FASES DA INFECÇÃO**

A experiência e a vivência de cada pessoa, perante a saúde ou a doença é única, ou seja, apesar de partilharem uma mesma realidade clínica, cada ser humano vivencia essa experiência de forma diferente. Para uns a doença pode ser uma forma de socialmente assumirem um determinado papel. Para muitos outros um castigo, uma forma de punição divina. No fundo a vivência da saúde e da doença está intimamente associado, quer as nossas vivências pessoais, quer à nossa personalidade, quer ainda no que denominados de papel social.

Após o contacto com sangue, ou fluidos orgânicos, infectados com o HIV, em quantidade suficientes para provocar infecção, o organismo do novo hospedeiro passa por diversas fases.

Há pessoas que estão durante anos consecutivos, mesmo mais de uma década, sem apresentarem a mínima sintomatologia, ou infecção oportunista. Segundo Catie *“the stages of HIV infection will be different from one person to another.”* (Catie, 1999, p. 21)

No entanto, conseguiram-se delinear as fases de forma a alertar quer o clínico, quer o próprio indivíduo, do que se passa relativamente à sua saúde. Desta forma temos:

##### **4.1 – INFECÇÃO PRIMÁRIA DO HIV (SÍNDROME AGUDO)**

É a fase em que o indivíduo contacta e fica infectado com o HIV. Nesta fase o vírus multiplica-se muito rapidamente no organismo do novo hospedeiro. É natural que quatro semanas após a infecção o indivíduo apresente sintomas parecidos com os de uma gripe, fadiga, febre e dores de garganta. Esta fase pode durar até algumas semanas e a quantidade de CD4 baixa também durante esta fase. Se existir uma análise efectuada neste período, é possível que esteja negativa, no entanto, se existir qualquer contacto, deste indivíduo infectado, com alguém não portador, pode transmitir-lhe o HIV. Mesmo havendo análises negativas para o HIV.

A contagem das CD4 nesta fase é de cerca de 1000 a 500 por mm<sup>3</sup> e tem a duração em média de um mês.

## **4.2 - SEROCONVERSÃO**

Esta fase tem início entre um a três meses após a infecção com o HIV, e não é mais do que a resposta do organismo ao tentar defender-se deste novo agente infeccioso. O organismo aumenta a produção de anticorpos para anular a presença do HIV. Se o indivíduo efectuar uma análise nesta fase o resultado será então positivo. Os testes que se fazem hoje a nível hospitalar já indicam de qual HIV o indivíduo é portador. Este teste denominado de Western-Blot indica a especificidade dos anticorpos desenvolvidos. Os primeiros testes efectuados indicavam unicamente se o indivíduo era portador ou não do HIV, só se efectuando teste específico em caso de o primeiro ser positivo, visto este último ser muito dispendioso.

## **4.3 – FASE ASSINTOMÁTICA**

Como o próprio nome indica, é a fase em que o indivíduo não tem sintomas de infecção. Tem uma actividade de vida perfeitamente normal, com resposta a nível do seu sistema imunitário eficaz, sem denotar enfraquecimento ou alteração. Nesta fase, no entanto, podem surgir adenopatias em mais do que um sítio, pescoço, virilhas ou debaixo dos braços. Estas adenopatias indicam que o sistema imunitário está em produção de células de defesa, em grande quantidade. Apesar de não haver sintomatologia específica o número de CD4 desce durante esta fase drasticamente, chegando a valores de 750 a 200 células por mm<sup>3</sup>. A destruição de CD4 é enorme, apesar do sistema imunitário estar em grande produção de células de defesa, não consegue equilibrar o número de CD4 destruídas. O indivíduo neste período pode infectar outras pessoas com quem adopte comportamentos de risco. Esta fase pode durar entre 2 a 10 anos, em alguns casos até mais do que uma década.

## **4.4 – FASE SINTOMÁTICA**

Nesta fase, e devido a um desgaste constante do sistema imunitário, surgem os primeiros sintomas de infecção por HIV. As adenopatias generalizam-se, surgem

suores nocturnos, febre, diarreia, cansaço generalizado, e uma perda de peso acentuada, mesmo mantendo o indivíduo uma alimentação cuidada. Também surgem, nesta fase, algumas infecções oportunistas, em particular a nível da mucosa oral. É nesta fase da infecção que muitas pessoas recorrem ao médico, pois apercebem-se que algo está errado com a sua saúde. No caso dos idosos, mesmo nesta fase, os sintomas podem ser atribuídos a outras causas que não o HIV. A contagem das CD4 está nesta fase muito baixa, chegando a valores que variam entre as 200 e as 50 células por mm<sup>3</sup>. O indivíduo pode permanecer nesta fase entre um a quatro anos.

#### **4.5 - SIDA**

Esta é a última das fases da infecção pelo HIV. A SIDA não é de facto uma doença, ao contrário do que se pensa geralmente, mas sim uma destruição massiva do sistema imunitário, que deixa desta forma o organismo susceptível de desenvolver as mais variadas infecções e sintomas. Fazendo um paralelismo, poderíamos dizer que o organismo humano fica sem protecção e sem defesa contra microorganismos exteriores e também sem a possibilidade de se defender de células indiferenciadas internas: é como uma cidade sem “polícias” e sem segurança. O organismo perde a capacidade para dar resposta aos agentes infecciosos que surgem. Mesmo os microrganismos que sempre estabeleceram uma relação simbiótica com o hospedeiro (homem), não tendo este forma de controlar essas populações, tornam-se nefastos e agressivos, como é por exemplo a *Escherichia coli*, a *Helicobacter pylori*, que fazem parte do sistema gastro intestinal e têm uma função de auxiliar os processos digestivos e de absorção dos nutrientes. A contagem de CD4 nesta fase da infecção situa-se entre as 50 e as 0 por mm<sup>3</sup>. Normalmente o indivíduo permanece nesta fase entre poucos meses até mais de 2 anos.

## **5 - TRATAMENTO**

Esta cada vez mais na ordem do dia a noção, generalizada, de que a SIDA está a caminhar para se tornar uma situação de saúde/doença crónica, à semelhança de muitas outras situações patológicas, como seja por exemplo, a diabetes e a hipertensão. Todas as tentativas para se conseguir sintetizar uma vacina têm sido frustradas. É extremamente complexo, moroso e ineficaz tentar combater vírus, eles sofrem constantemente mutações, o que torna ineficaz aquilo que anteriormente resultaria na sua eliminação. Temos o exemplo dos vírus da gripe: todos os anos há a necessidade de fazer uma vacina que se adapte às novas metamorfoses virais, no entanto, nem desta adaptação constante existem resultados eficazes. É extremamente complexo e ineficaz erradicar vírus do organismo humano, qualquer que ele seja. Quanto à SIDA, todas as intervenções eficazes têm-se centrado essencialmente na prevenção. Os tratamentos têm progredido consideravelmente, em especial nesta última década, quando foi introduzida a medicação tripla, no combate ao HIV. Queríamos no entanto salientar que a medicação é só mais uma das formas de tratamento, uma das maneiras para adquirir maiores benefícios de saúde.

Há vários factores a ter em conta, antes de se iniciar o tratamento para o HIV. O indivíduo deve informar sempre o médico sobre qualquer outro tipo de medicação que esteja a efectuar, mesmo terapêuticas de medicina alternativa. Se o indivíduo consumir drogas também deve informar o médico de tal prática, pois qualquer tipo de substância pode interferir e interagir com os antiretrovirais. Os antiretrovirais actuam basicamente de duas formas; ou a nível do ciclo de vida do vírus, abrandando a sua replicação ou suspendem o processo pelo qual o vírus faz cópias de si mesmo. Há que efectuar análises periódicas a fim de verificar se o número de CD4 aumenta: Por outro lado verificar também se o número de cargas virais diminui. Isto será indicador de que a medicação está a ser eficaz. Esta validação constante também é importante a fim de se ir adequando a abordagem terapêutica. Caso o organismo não esteja a reagir da melhor forma, ou as CD4 se

mantenham em contagens muito baixas, há que ir adaptando a medicação. No entanto atingem-se habitualmente excelentes resultados com uma medicação tripla, apesar da mesma ser bastante agressiva para o equilíbrio hemodinâmico do indivíduo. Basicamente temos:

Os inibidores da transcriptase reversa, que se subdividem em nucleótidos análogos, como é o caso do AZT, Didanosine (DDI), Zalcitazine (ddC), Stavudine (d4T), Lamivudine (3TC), ou os não nucleótidos, onde temos o Delavirdine, Nevirapine, Efavirenz.

Estes fármacos actuam na transcriptase reversa, a qual é usada pelo HIV para fazer cópias de si mesmo. Ao bloquear o processo pelo qual o vírus faz cópias de si mesmo retarda todo o processo de replicação.

Inibidores da proteáse, que inibem outra enzima essencial ao HIV na sua replicação. Os fármacos que actuam neste processo são o Saquinavir, o Ritonavir, Indinavir, e o Nelfinavir.

O objectivo terapêutico é também reduzir a capacidade de replicação do HIV.

Existem hoje varias opiniões discordantes com estas abordagens terapêuticas: Nomeadamente a de Robert Gallo, um dos responsáveis por se ter isolado o HIV em 1983. Segundo este, a abordagem não é de todo eficaz, visto os fármacos estarem a actuar numa área única, e para a qual o HIV acaba ganhando defesas. Ele refere que há “qualquer coisa” que ainda escapa aos cientistas e que é essencial ser descoberta para tornar esta batalha eficaz. Segundo ainda Gallo, a guerra travada contra o HIV está longe de terminar, sendo a prevenção a arma mais eficaz até ao momento.

Como acabamos de referir o HIV tem a capacidade de se modificar e de se tornar resistente aos antiretrovirais. O que faz com que estas terapêuticas sejam eficazes por determinados períodos. O principal objectivo ao iniciar-se uma terapêutica tripla é fazer com que as probabilidades do vírus se alterar e criar defesas perante a medicação sejam menores. No entanto, e segundo Montagnier, hoje em dia já existem inúmeros casos de doentes com SIDA, que devido à mutação do vírus, são resistentes a todas as formas terapêuticas antiretrovirais conhecidas.



É importante ter-mos a noção de que a medicação é unicamente mais uma parte das medidas terapêuticas. O indivíduo tem de adoptar, ao mesmo tempo, um estilo de vida saudável. Sabe-se hoje em dia que quem adopta um estilo de vida saudável tem reflexos nas defesas do organismo. Este estilo de vida passa por oferecer ao organismo o aporte de repouso, nutrientes e cuidados que são indispensáveis a uma vida saudável. A par deste estilo de vida há uma quantidade de outras práticas que o indivíduo pode desenvolver e que estimulam o seu sistema imunitário, quer seja nas novas formas terapêuticas, como o uso do Interferon, quer na adesão a terapias naturalistas, que complementam a acção dos antiretrovirais.

Há também quem descubrisse grandes benefícios em terapias complementares como seja Shiatsu, Reiki, Aromaterapia, massagem, reflexologia, yoga. Sabemos que o organismo ganha benefícios extraordinários, por exemplo, com um programa de exercícios físicos e uma dieta rica em polivitamínicos como sejam as vitaminas (B, Acido fólico, beta carotenos, vitamina C e E) e os minerais (zinco, cobre, magnésio, Selenium, ferro...).

No caso dos doentes idosos é mesmo essencial manter toda a medicação, para outros fins terapêuticos, como seja para a hipertensão arterial, patologias cardíacas e circulatórias diversas. O sistema imunitário dos idosos é, devido á degenerescência, própria da idade, mais enfraquecido e debilitado. Há todo o interesse em que, por um lado o HIV seja diagnosticado o mais cedo possível, e, por outro lado, que as medidas terapêuticas se iniciem de forma a oferecer os maiores benefícios. Nem sempre o idoso consegue tolerar a medicação tripla, pois esta, se beneficia indiscutivelmente na redução virica, também tem consequências e é de grande agressividade para o sistema gastrointestinal e equilíbrio hemodinâmico. Por isso deve sempre ser validado com o médico, quer a medicação ideal a nível dos retrovírais, quer as interacções medicamentosas com os outros fármacos que já fazem parte da sua vida.

Numa fase mais avançada da infecção os cuidados passam por uma perspectiva mais específica. Os cuidados paliativos são essenciais nesta fase. A cronicidade obriga a medidas mais específicas de intervenção terapêutica. Segundo Mallet, "A abordagem paliativa tem por fim melhorar o dia-a-dia da pessoa doente. Ela privilegia as terapêuticas sintomáticas e tende à escuta do doente e dos que o

rodeiam, seja qual for a sua caminhada. Os doentes sidáticos têm muitas vezes dores. Os opiáceos dados por via oral ou por via subcutânea aliviam as dores...enquanto as dores fantasmas podem ser atenuadas com anti-depressores, anti-convulsivantes, e por vezes com morfina em grandes doses.” (Mallet, 1997, p. 87).

## **6 – OS AGENTES PATOGENICOS MAIS ESPECÍFICOS**

Como acabamos de referir, é devido à incapacidade do sistema imunitário em responder a agentes infecciosos que surgem as várias patologias associadas ao mesmo Síndrome.

### **6.1 – INFECÇÕES VIRAIS MAIS FREQUENTES**

Sarcoma de Kaposi – Esta forma rara de cancro é muito associada à SIDA, cerca de 20% dos doentes desenvolvem-na. Pensa-se que seja causado por uma estirpe de vírus do grupo herpes e que foi denominado de HHV8. As lesões do Sarkoma de Kaposi podem alojar-se em qualquer órgão, sendo no entanto as típicas as que surgem na pele de cor avermelhada/roxa e que podem ter as mais variadas dimensões.

Herpes Simplex – As infecções herpéticas são também muito frequentes nos doentes com SIDA. O herpes simplex tipo 1 provoca lesões habitualmente na mucosa oral, nariz e pode ser associada com excesso de exposição solar. O herpes simplex tipo 2 provoca lesões e vesículas na zona genital e anal. Num indivíduo saudável o organismo consegue superar estes surtos após 5 a 10 dias. No caso dos indivíduos infectados com SIDA, e em casos mais avançados da síndrome, é necessário o internamento e até medicação por via endovenosa.

Herpes Zooster – Surge na forma de uma erupção cutânea devido à reactivação do vírus que causa a varicela. Além das vesículas e da inflamação na área lesada há associada uma dor intensa, que surge devido a serem atingidas terminações nervosas na área afectada. Em muitos casos o herpes zooster é o primeiro sinal de SIDA em muitos utentes.

Molusco contagioso – Esta infecção é provocada por um vírus que é mais frequente em crianças e raro nos adultos. Surgem pequenas lesões na pele com

cerca de 2 a 10 mm de diâmetro, com uma coloração rosada ou branco pérola e que no centro apresentam uma depressão cheia de uma massa semelhante a queijo fresco. Surgem frequentemente na face dos doentes infectados com SIDA e apesar de não provocarem dor ou prurido, na sua eliminação só resulta a aplicação de azoto líquido. São frequentes as re-infecções.

Verrugas – São habitualmente provocadas pelo vírus do papiloma humano (HPV) e podem surgir em qualquer superfície cutânea. Nos doentes com SIDA tendem a serem maiores do que o habitual e resistentes aos tratamentos e à extracção, havendo reincidência após o mesmo.

Leucoplasia Vilosa da boca – É uma infecção que sendo rara, acontece com alguma frequência nos doentes com SIDA e que se traduz por surgirem zonas esbranquiçadas na língua semelhantes a cabelos. Pensa-se que estas lesões são provocadas por um vírus e o seu surgimento pode de facto ser índice de exploração do diagnóstico de SIDA.

## **6.2 – INFECÇÕES POR FUNGOS**

Candidiase – A *Cândida albicans* é um fungo que tem afinidade com a mucosa oral, vaginal e mesmo pregas cutâneas. Nos doentes com SIDA são frequentes as re-infecções com a Cândida. Surgem placas brancas na língua e mucosas difíceis de destacar. Resistem muitas vezes aos tratamentos. Voltam a surgir logo após a suspensão do tratamento.

Criptococose – É uma infecção rara, embora surja com alguma frequência nos doentes infectados com SIDA. Este fungo vive habitualmente nos excrementos dos pombos e não é habitual alojar-se na pele de um hospedeiro humano, sendo mais habitual atingir os pulmões, a espinal-medula e o cérebro.

São habituais diversas infecções por fungos nos doentes com SIDA, e que podem atingir qualquer órgão, desde a pele, unhas mucosa. Habitualmente os episódios são recorrentes e voltam logo que termina o tratamento.

## **6.3 – INFECÇÕES BACTERIANAS**

São tão variadas as infecções bacterianas que é quase impossível mencionarmos sequer as mais frequentes que surgem nos indivíduos infectados com SIDA. Os organismos mais conhecidos são o *Cryptococcus*, o *Pneumocystis carinii*, além do *Proteus*, da *S.colli* e do *Bacilo de cock*, entre tantos outros. Numa fase já de SIDA o organismo fica sujeito às infecções por qualquer um destes agentes infecciosos, requerendo muitas vezes internamento hospitalar e tratamentos evasivos, como seja antibióticos em doses massivas, por via endovenosa. Além de toda uma série de exames evasivos e violentos, a fim de serem isolados os agentes patológicos, pois só assim se pode adequar o antibiótico.

Existem doenças hoje em dia que levam o médico automaticamente a efectuar um despiste ao HIV. Em todos os grupos etários temos a pneumonia por *Pneumocystis Carinii*, que surge em 75% dos casos e a esofagite candidiásica, que surge em 15% dos casos de SIDA.

No caso do idoso há indicadores que incluem as seguintes alterações, segundo Inelmen “ *Criptococose extra pulmonar, Toxoplasmose cerebral, Infecção por citomegalovirus, Tuberculose, Pneumonia bacteriana recorrentes. Infecção pelo complexo Mycobacterium avium e o Sarcoma de Kaposi.*” (Inelmen, 2006, p. 12).

A tuberculose é um dos casos particulares da SIDA. Em Portugal, nos últimos anos, o número de casos de tuberculose tem aumentado consideravelmente. A prevalência é de trinta e quatro (34) casos por cada cem mil (100.000) habitantes, o que nos reporta para uma média três vezes superior à da Europa Ocidental, segundo especialistas reunidos do Porto em Março de 2006. Agostinho Marques, presidente do Congresso de Pneumologia, referiu ainda que na zona oriental do Porto regista-se uma taxa de incidência de cem (100) casos por cada cem mil (100.000) habitantes: situação unicamente encontrada em países do Terceiro Mundo. Esta situação está associada habitualmente à SIDA em 90% dos casos. A tuberculose é uma doença infecto contagiosa, havendo a necessidade do utente permanecer por um longo período em isolamento e tratamento; em muitos casos, mais de um ano. Os tuberculostáticos são de grande agressividade e associados aos antiretrovirais têm consequências bastante graves na estabilidade hemodinâmica e aparelho gastro intestinal do indivíduo. Além de esta ser uma patologia altamente contagiosa, tendo o doente de permanecer em quarto com baixa

pressão na fase activa da doença. Quartos esses que são poucos nos hospitais portugueses para dar resposta ao elevado número de casos.

## **7 – A OUTRA FACE DA SIDA**

Apesar da grande virulência associada ao HIV, em especial no que se relaciona com o HIV I, unicamente 20% das pessoas que entram em contacto com o mesmo são infectadas; ou seja, entram em contacto com a quantidade viral suficiente para as infectar e a sua imunidade está debilitada ao ponto de tornar isso possível.

O contágio depende de uma multiplicidade de factores. O HIV é de facto um vírus “frágil”, que não sobrevive muito tempo fora do hospedeiro e é sensível a temperaturas que ultrapassem os 56 ° celsius. Também a exposição à luz solar ou a qualquer desinfectante, como seja o hipoclorito de sódio (lixívia) ou álcool a 70 %, são letais para o vírus. Apesar de tudo isto o número de casos cresce de ano para ano e não existe fim à vista para esta situação de doença.

Lentamente começou também a surgir uma metamorfose dos grupos sociais atingidos. No início, a SIDA foi assumida como uma doença de homossexuais e toxicodependentes, como já referido. Resistiu a todas as tentativas para que fosse substituído o conceito de grupo de risco por comportamento de risco, apesar da noção de ninguém estar isento ou fora de perigo ser constantemente abordada e reforçada. Há de facto grupos sociais mais expostos, mas foram esses mesmos grupos que foram alvo de campanhas constantes e devidamente orientadas, havendo hoje em dia uma notória diminuição dos casos em pessoas homossexuais.

Presentemente a “fisionomia” da SIDA revela-se muito diferente daquilo que sucedeu nos primeiros anos. Hoje são os heterossexuais, as mulheres em particular, os idosos e os jovens, que começam a preocupar os governos e as organizações que trabalham no campo da saúde. É também essencial perceber-se que existem muitas formas pelas quais não existe perigo de infecção pelo HIV.

O estigma social escondido por detrás da infecção é ainda algo pouco conhecido e estudado. Este estigma social leva a que ideias erradas, preconceitos e noções

sem fundamento prevaleçam acima da lógica e do que está estudado e provado cientificamente. Segundo Liarte “ A doença e o estar doente podem ser vividos e interpretados a partir de uma tripla dimensão; como realidade social, como transgressão da norma e como castigo e marginalização. Este último significado é o que tem revestido uma especial importância, na revalorização social do comportamento homossexual. Inclusive entre os próprios homens homossexuais, a SIDA, tem contribuído para reactivar os seus sentimentos homofóbicos.” (Liarte, 1997, p. 565).

Assim as várias formas pelas quais o HIV não se transmite são:

Contactos sociais e profissionais. Não existe o risco de infecção ao frequentar os mesmos espaços, manter uma relação social e convívio com alguém infectado. A SIDA não é uma doença infecto contagiosa. O abraçar, apertar a mão, beijar, o tocar: práticas que fazem parte da vida em sociedade não são formas conhecidas de transmissão do HIV. Partilhar refeições, beber pelo mesmo copo, usar o mesmo WC, entre outros actos, não são formas de transmissão do HIV.

Picadas de insectos. Chegou a existir um receio desmedido relativamente à picada do mosquito, fundamentado na ideia de que se o mosquito pica alguém infectado e de seguida vai picar outro indivíduo, não poderia ser o mosquito portador do vírus para este segundo hospedeiro?! Esta é no entanto uma ideia sem fundamento, visto que o mosquito não possui, por um lado, células alvo para o HIV, (não tem CD4) e por outro lado, o que o mosquito injecta na sua picada são enzimas próprias no intuito de anestesiar a área da picada. Não são conhecidas pessoas infectadas por esta forma.

Relações sexuais com múltiplos parceiros usando o preservativo. A SIDA é uma doença sexualmente transmissível, e como já referimos, esta é a sua forma natural de transmissão. No entanto nem todas as relações sexuais com múltiplos parceiros são relações de risco, desde que seja utilizado o preservativo logo no início da relação sexual. Os casais, onde um dos elementos é portador do HIV, podem ter uma vida sexual activa e satisfatória, para isso é necessário recorrer à imaginação e tomar as precauções necessárias para que nenhum líquido orgânico seja partilhado.



Suor, lágrimas e saliva. Apesar de existir vírus em todos estes líquidos orgânicos, a sua quantidade não é suficiente para que aconteça a infecção de uma pessoa para outra. Os cuidados a ter com estes líquidos orgânicos, por parte de alguém infectado, não têm de ser mais específicos do que aqueles de alguém não infectado. Apesar disso, e por motivos de higiene, será aconselhada a adopção de comportamentos que tenha em conta a civilidade entre pessoas.

Relação mãe infectada/filho. A mãe, portadora de HIV, pode e deve ter um relacionamento muito próximo com o recém-nascido. À semelhança de qualquer outra mãe. O único cuidado a ter em atenção é o de não amamentar. O leite materno é extremamente rico em partículas víricas, pelo que esta seria uma forma de transmissão quase certa para o recém-nascido. Todas as outras actividades e intimidade próprias de uma mãe para com um recém-nascido devem ser estimuladas e não são passíveis de serem forma de transmissão.

## **8 – O IDOSO, A SIDA E A SEXUALIDADE**

O diagnóstico de SIDA numa fase já mais avançada da vida humana suscita uma série de questões e de dúvidas. Por um lado, é difícil para muitas pessoas conceberem o idoso como um ser sexuado, ou mesmo com comportamentos de risco, como seja o utilizar drogas por via endovenosa. Mesmo a aceitação da sexualidade é algo difícil e muitas vezes constrangedor para o próprio idoso. Não foi um hábito com que cresceram e se tornaram adultos. Aliás, a sexualidade era algo que não era assunto de debate ou conversa.

Por detrás deste muro de silêncio escondem-se ideias, preconceitos e formas de viver a sexualidade completamente desajustadas, nomeadamente no que se relaciona com a virilidade, e o uso do preservativo, visto unicamente como meio de evitar uma gravidez indesejada. O número de parceiras e o não usar o preservativo são consideradas como rasgos de masculinidade, associadas à ideia de que ter um filho em idade tardia é uma proeza reconhecida socialmente. Por outro lado, a homossexualidade é algo mal aceite, relativamente aos homossexuais mais novos. Os homossexuais/bissexuais idosos crescem com a noção, e a ideia, de que era um comportamento errado, condenado pela sociedade, pelo que não se conseguem descolar desta ideia, nem muitas vezes o contexto familiar que constituíram o permite, o que os leva a ter e a desenvolver relações esporádicas, com comportamentos de risco associados. Segundo Nusbaum e Lenahan "...os doentes homossexuais idosos de ambos os sexos podem mostrar-se reticentes em revelar a sua orientação sexual. Estes doentes cresceram antes do movimento de libertação dos homossexuais e num ambiente que era, por vezes, abertamente hostil... podem mostrar-se igualmente relutantes em discutir a sua sexualidade devido à associação negativa entre a homossexualidade e a infecção por VIH." (Nusbaum e Lenahan, 2006, p. 44).

Nos Estados Unidos não é peculiar, por exemplo, as residências para idosos preocuparem-se com campanhas de esclarecimento e debates sobre esta temática,

como refere Mary Marcus no seu artigo no US News & World Report. Nos finais dos anos oitenta a percentagem de infectados, nos Estados Unidos, com idade superior a 50 anos era de 11%. Numa só década, ou seja, em final dos anos 90 esta percentagem subiu para 13%. Facto indicativo de que o número crescente de casos, em adultos idosos, está de facto a aumentar. Segundo a mesma autora *“...early diagnosis is a key because older people tend to become sicker faster than younger people. Older people often have so many other health problems. To add HIV to the mix can be devastating. Highly active antiretroviral drugs “cocktails” do not mix well with medications often prescribed for age related illness, like high blood pressure, and high cholesterol.”* (Marcus, 2002, p. 40).

Esta realidade é vivida hoje na maior parte dos Países Ocidentais. A percentagem de pessoas infectadas com o HIV, à semelhança dos Estados Unidos da América, com mais de 50 anos de idade, ronda os 10 a 15% da totalidade dos casos. Percentagem essa que tem vindo a aumentar, como já se referiu. Segundo Eldred, este grupo populacional é habitualmente denominado por “grupo de risco silencioso” ou “ a população esquecida”. Segundo esta autora, as estatísticas relativas, por exemplo ao Canadá apresentam que em 2004, 30,7% da população tinha mais de 50 anos de idade; e está estimado que em 2026 essa percentagem suba para 41,3%. O que denota a necessidade crescente em se trabalhar com esta população, em áreas que habitualmente não são de todo o centro das preocupações por parte dos trabalhadores de saúde e das organizações. Eldred reforça que *“...education and prevention campaigns generally target young adults... strategy for HIV/AIDS (2003) has not specifically targeted adults 50 or older as an interested group. One reason for this lack of attention is the stereotyping of older adults as asexual or having only monogamous heterosexual relationships, and as not typically using IV drugs. To the contrary, seniors describe themselves as healthy, active and satisfied with a variety of sexual activities.”* (Eldred, 2005, p. 22).

Não é só porque as campanhas de esclarecimento e orientação não estão apontadas para esta população, mas também porque é essencial conhecer os factores que estão por detrás desta situação. Em Portugal, a situação caminha a par dos outros países. Segundo notícias publicadas *on line*, “ Uma em cada oito pessoas infectadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em Portugal tem mais de

50 anos de idade, uma percentagem que tende a aumentar, revela um estudo coordenado pelos Hospitais da Universidade de Coimbra...Para o presidente do congresso e director do Departamento de Doenças Infecciosas Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), Meliço-Silvestre, "há uma falsa crença dos clínicos de que os idosos não apresentam uma vida sexual activa e, como tal, que a SIDA não existe neste grupo etário. Um outro factor preponderante na infecção VIH/SIDA nos idosos relaciona-se com outras doenças crónicas próprias do processo de envelhecimento que mascaram os sintomas de SIDA e que induzem um diagnóstico errado ou inconclusivo." (Oliveira, 2007, p.1).

Há no entanto ainda muito trabalho a ser desenvolvido. A área do idoso e do HIV é ainda um estranho mundo novo, apesar dos dados estatísticos referirem que as percentagens crescem anualmente. Os primeiros artigos que saíram relativamente à temática do idoso e da SIDA datam de 1984. Segundo Inelmen "...foram apresentados 3 casos de SIDA em doentes com mais de 60 anos e que se caracterizavam por um diagnóstico tardio (uma vez que não se suspeitava de SIDA), conduzindo a uma evolução fatal a curto prazo em todos os casos. Num caso clínico recentemente publicado, um homem heterossexual de 83 anos que referia mal-estar apresentou um teste positivo para a infecção pelo VIH." (Inelmen, 2006, p. 13).

Como já referimos este grupo tem de deixar de ser percepcionado como assexuado ou que não utiliza drogas por via endovenosa. A Comissão Nacional de Luta Contra a Sida (CNLCS) e a Associação Portuguesa para o Estudo Clínico da SIDA (APECS) refere que o número de idosos infectados com HIV está a crescer em Portugal. Segundo Lino Rosado, presidente da APECS "...há cada vez mais idosos infectados pelo HIV e, sobre este facto há ainda muito a estudar. A única certeza que temos nesta matéria é que a infecção esta relacionada com a sexualidade nesta faixa etária." (Solidariedade, p.1).

As dificuldades em abordar a sexualidade do idoso, por parte dos técnicos de saúde, é também algo que também tem contribuído para que determinadas triagens sejam feitas de maneira menos profunda do que aquilo que seria desejado: "Eu acho que a consciência sobre a sexualidade do idoso é uma consciência relativamente recente nos profissionais de Saúde. Veja-se, quando nós colhemos algumas

histórias clínicas, há questões que, com menos probabilidade pomos ao idoso; sobre a vida sexual, do que pomos a uma pessoa com menos de cinquenta anos, a quem assumimos que é sexualmente activa. E o mesmo é verdadeiro relativamente ao pedido de exames complementares. Pede-se muito mais facilmente VDRL a um jovem do que a uma pessoa com cinquenta anos, que venha com uma doença, a não ser que tenha alguma particularidade que nos faça suspeitar de uma sífilis latente tardia, nos pedimos VDRL. Mas não é o impulso inicial, do ponto de vista do rastreio. A consciência sobre a sexualidade do idoso, como dizia, é uma consciência recente. O problema das campanhas de prevenção reside um pouco na capacidade que os organismos deverão ter para depois de intervir em grupos alvo, por questões de prioridade, não deixar de fora todos os outros grupos.” (Entrevista – Março 2007 – Anexo 2).

Outra área que carece de investigação é a que diz respeito às interacções dos antiretrovirais e o processo natural de envelhecimento. Segundo Casau “...areas in which future research into HIV in older people would be helpful are numerous. For instance, HIV related bone density loss, cardiovascular disease and dementia, which are well studied in younger patients, may progress differently in older HIV infected individuals. As physicians become better educated about diagnosing HIV in older patients future studies will have more subjects to learn from.” (Casau, 2005, p. 20).

Os médicos de facto começaram a dar uma importância maior à infecção por HIV e o idoso. As alterações fisiológicas do envelhecimento podem, como já mencionamos, camuflar uma imunodeficiência. Segundo More “...as people age, their cellular and humoral immunity generally diminish and T cell activity and immunoglobulin's decrease. Immune system changes may escalate due to nutritional and situational factors. Immobility and experiencing grief and loneliness also can affect the immune system negatively.” (More, 2000, p. 873).

Mesmo para uma relação monogâmica heterossexual as situações não se podem tomar de forma linear. Segundo Liarte “...para a maioria das pessoas o mais importante na sua vida é conseguir ter uma relação afectiva íntima e estável. Contudo, as relações habituais raramente seguem uma curva ideal. Isto porque, na maioria dos casos, se produz um certo declínio a longo prazo.” (Liarte, 1997, p. 258).

No entanto a sexualidade em pessoas idosas é algo que não se aborda, um tema que de certa forma é quase tabu. O sexo entre pessoas idosas não é um assunto que se fale em família e muito menos na comunidade. Segundo Vicent Delgado, fundador da Associação Nacional sobre HIV, as pessoas com mais de 50 anos aprenderam a viver sua sexualidade como algo escondido, que não é fruto de análise, nem de possíveis discussões, reforçando uma vez mais a ideia de que não há estudos comportamentais sobre este grupo.

Levinger apresenta-nos um modelo da evolução do casamento. Ele menciona que este passa por diversas fases:

- Fase da atracção – É no fundo aquilo que torna o outro “especial” e que suscita o desejo de uma maior aproximação
- Fase de construção – Há todo um investimento pessoal na relação, e ambos os esforços se orientam na mesma direcção.
- Fase de continuação
  - . Satisfatória e interdependente
  - . Coexistência durante a qual só se simpatiza
  - . Relação instável, flutuante
- Deterioração da relação – Há um desgaste notório a nível relacional. Nesta fase há a procura no exterior de estímulos que não surgem dentro do relacionamento. Muitos casais mantêm-se nesta fase até à morte.
- Fim da relação devido a separação ou morte.

Um casamento ou uma relação é algo em constante construção. Não está terminada no tempo. Socialmente há umas décadas atrás o divórcio era um peso marcante e, de certa forma, em algumas famílias, a separação e o divórcio ainda são sinónimo de desrespeito pela família e de facilitismos. Os mesmos valores que a própria religião aponta e que vê como antagónicos de uma vida social e familiar feliz e bem integrada.

Há no entanto hoje uma outra mentalidade entre as gerações mais novas.

Os factores que fomentam o divórcio podem ser os mais variados, mas na sua essência prendem-se habitualmente com:

- Comunicação deficiente entre o casal
- Falta de habilidade para negociar e pactuar a fim de serem resolvidos problemas
- Expectativas irrealistas relativamente ao outro

Todos estes factores traduzem, por um lado a inaptidão de interagir com o outro, por outro lado, toda uma vertente de expectativas irreais, relativamente ao outro e ao que se pode esperar de uma caminhada a dois. No entanto as grandes razões que efectivam o divórcio são ligeiramente diferentes.

Para os homens as grandes razões para se divorciarem prendem-se com:

- 1-O uso de violência física
- 2-O abandono do lar
- 3-Tendências homossexuais
- 4-Alcoolismo e toxicodependência
- 5-Infidelidade
- 6-Incompatibilidade sexual

Temos, no entanto, de entender que muitos casais optam por viver casamentos de “fachada”, porque a ideia do divórcio ou da separação lhes é socialmente condenável. São casais que partilham vida há já muitos anos e que por tudo o que têm em comum, casa, filhos, bens, projectos, preferem manter um casamento que já terminou há muito tempo.

Durante e após uma situação de divórcio e separação, ou mesmo de viuvez a atitude do indivíduo pode ser a mais diversa relativamente à sua expressão sexual. Enquanto que para um grupo de indivíduos existe a diminuição do desejo, que se associa habitualmente a estados de frustração e mesmo de depressão. Outros há que formam rapidamente uma nova relação sexual, habitualmente são relacionamentos temporais, curtos e que servem quase unicamente para “... ajudar a confirmar que não existe nenhum problema sexual que pudesse ter sido a causa da separação.” (Liarte, 1997, p. 271).

Este comportamento pode muitas vezes colocar o idoso em risco. Segundo Cloud *“...studies of the sexual behaviour of older adults have suggested that they may be less aware of HIV risk factors and prevention strategies and more likely to practise unprotected sex.”* (Cloud, 2003, p. 354).

Por último temos os indivíduos que procuram ter relações múltiplas porque “...há pessoas que tentam evitar os efeitos da separação entrando num estado de euforia aparente, com energia excessiva, e que se envolvem em múltiplos e variados encontros sexuais. A impulsividade e a actividade sexual e indiscriminada provocam

nalgumas situações efeitos não desejados, tais como infecções sexuais... esta atitude parece que é uma forma especial de encarar a depressão e ao mesmo tempo, uma forma de exprimir agressividade e rejeição em relação à pessoa que os abandonou.” (Liarte, 1997, p. 273).

Nos casos da viuvez e segundo Eldred, os indivíduos que eram ainda sexualmente activos tendem a adoptar comportamentos de risco ao partilharem várias parceiras. Um outro factor relaciona-se com viagens, habitualmente para países tropicais onde o número de infectados é bastante mais considerável, e que podem propiciar comportamentos e actividades de risco. Por outro lado, a utilização do Viagra e da Internet como meio para procurar encontros de carácter sexual, fazem com que os indivíduos sexualmente activos o sejam até bastante mais tarde e que adoptem comportamentos de risco das mais variadas formas.

Como já referimos ao longo de todo este enquadramento teórico, os idosos são cada vez mais um grupo social em crescente número demográfico. Segundo Contumélias “...é preciso reorganizar a sociedade, repensar o papel social dos mais velhos, tanto mais que, segundo informações do Instituto Nacional de Estatística, o índice de envelhecimento em Portugal continua a aumentar.” (Contumélias, 2006, p. 40).

O envelhecer com saúde e múltiplos interesses é algo que além de ser um factor individual é também algo que requer o suporte da sociedade onde se esta inserido. Segundo António Fonseca, citado por Contumélias “...nada ocorre aos 60, 65 ou 70 anos, nem biologicamente nem psicologicamente, que justifique que se utilize este marco etário como uma fronteira de diferenciação social, em que para trás o indivíduo é útil, valido e responsável e daí para a frente é desvalorizado por uma sociedade para a qual deixou de ter valor.” (Contumélias, 2006, p. 41).

A capacidade sexual do indivíduo mantém-se até idades muito avançadas, se existir da parte do mesmo, alguns cuidados com a sua saúde. Os anos por si só não acabam com o interesse sexual, nem com o desempenho. Esta é uma verdade indiscutível e comprovada por inúmeros estudos efectuados na área da gerontologia; o interesse e a capacidade sexual mantêm-se até ao fim do ciclo da vida. O que sucede, à medida que vamos envelhecendo, devido à medicação e alterações



fisiológicas, como seja a diminuição da testosterona a partir dos 50 anos de idade, o desejo sexual pode de facto diminuir. O desejo sexual varia no entanto de pessoa para pessoa, bem como a capacidade sexual. Segundo Liarte “ Existem uma série de factores que de alguma forma são responsáveis de que muitas pessoas ponham termo à sua vida sexual. Por um lado, existem os problemas que derivam do desinteresse, da apatia e do tédio sexual... as pessoas que durante toda a vida mantiveram um nível de interesse pela sexualidade baixo, aproveitam o mito da idade para se desinteressar.” (Liarte, 1997, p. 266).

As estruturas sociais devem crescer e adaptar-se ao idoso, para que ele não seja um “marginal” na sociedade, simplesmente porque deixou de produzir aquilo que se considera socialmente válido. Viver uma velhice com êxito é no fundo permanecer com objectivos, sentir-se envolvido nas várias dinâmicas familiares e sociais onde se cresceu e pertenceu. Ainda segundo o António Fonseca, citado por Contumélias “...tais objectivos estão dirigidos, habitualmente, para áreas como a saúde, a autonomia pessoal, a estabilidade emocional, a auto estima, o casamento, a vida familiar e as relações de amizade. Se algumas destas metas são comuns a outras etapas da vida, outras ganham, de facto, uma importância muito grande à medida que se envelhece, sendo mesmo nessa ocasião que alcançam todo o sentido... e esperar que a sociedade crie condições para que um número crescente de cidadãos seniores possam envelhecer com sucesso.” (Contumélias, 2006, p. 45).

É claro que não podemos colocar de parte situações que surgem na velhice e que podem fazer com que um dos membros do casal veja limitada a sua capacidade sexual, como seja o caso de determinadas doenças e cirurgias. A par de toda esta situação há “...a crença muito difundida de que a tendência para equiparar a actividade sexual à coital. Isto significa que quando chega o momento em que o coito se torna difícil, o casal abandona inclusivamente as atitudes carinhosas e afectivas que antes utilizavam... considera que estas carícias não têm o menor sentido se não existir um resultado final: o coito.” (Liarte, 1997, p. 267).

Estudos demonstram que mais de 65% dos idosos entre 60 e 71 anos mantêm, no entanto relações sexuais com penetração e mais de 20% dos que têm 78 ou mais anos, mantêm algum tipo de actividade sexual, o que vem desmistificar a ideia de assexualidade e impotência conectada ao envelhecimento. Nos Estado Unidos, por

exemplo, 60% das infecções em idosos com HIV aconteceram por relações homossexuais, sem uso do preservativo, visto este não ter sentido, quando a ideia que os idosos partilham é de que serve para evitar a gravidez. Também o consumo de álcool está por detrás de uma maior desinibição sexual, segundo Edith Williams. Esta situação fomenta os comportamentos promíscuos entre idosos e por conseguinte leva-os a exporem-se perante comportamentos de risco.

Não podemos pôr de parte, no entanto, todo um grupo de situações que só por si podem estar na origem das disfunções sexuais de um casal, que chega a um determinado patamar de caminhada em conjunto e com uma determinada idade. Alguns factores de desinteresse sexual traduzem-se, no caso do homem, pela impotência, o não desejar ter relações com a companheira, como consequência da alteração do aspecto físico que surge com a idade e que leva a que o indivíduo não procure no âmbito sexual a sua companheira “ Aos homens de idade avançada com desejos sexuais evidentes é-lhes aplicado o qualitativo de velhos perversos. Para as mulheres já nem sequer existe qualificativo uma vez que se dá por suposto que o pouco desejo sexual que possam ter tido se extingue completamente a partir de determinada idade ou após a menopausa.” (Liarte, 1997, p. 157).

O recorrer ao médico para solucionar alguns problemas na área da sexualidade é também percepcionado pelos idosos como algo muito embaraçoso. Os idosos “...podem mostrar-se receosos de que o médico venha a considerar as suas preocupações como inapropriadas para a sua idade, podem crer que as preocupações são de natureza psicossomática ou podem recear que não exista qualquer tratamento capaz de resolver o problema. Todas estas barreiras para a discussão da saúde sexual são reduzidas quando os médicos abordam o assunto, demonstram uma atitude empática e/ou facilitam uma sessão de seguimento dedicado ao assunto.” (Nusbaum e Lenahan, 2006, p. 37).

## **9 – CONTEXTUALIZAÇÃO LEGAL**

O doente com SIDA, ou portador de HIV, usufruiu de todos os direitos legais previstos na lei. Isso implica a não discriminação, a reserva à sua intimidade e bom nome, bem como a defesa do seu posto de trabalho, contrato de arrendamento, entre muitas outras situações. Não é uma situação fora do habitual depararmos com situações em que claramente estes direitos são de forma consecutiva deixados de lado e, quer por falta de informação, quer pela inépcia, os indivíduos visados assumem e aceitam esta situação de ânimo leve, sem sequer colocarem em causa a legalidade e o seu direito. A nível laboral qualquer trabalhador goza de direitos fundamentais, como seja o direito à não discriminação, o direito ao bom nome e reputação, o direito à reserva da vida privada e familiar, o direito à liberdade e segurança e o direito à confidencialidade dos seus dados pessoais informatizados; artigos estes consignados na constituição portuguesa no nº 2, 13, 26,27 e 35. Estes artigos, também de acordo com o artigo 18, nº 1, são aplicáveis tanto a entidades públicas como privadas; e abrange todos os tipos de vínculo laboral. Segundo Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA "...não existe, no entanto, uma forma específica de acção judicial aplicável à violação de direitos fundamentais. Esta deverá inserir-se subsidiariamente em tipos gerais de recursos à justiça... o que dificulta a aplicação prática dos direitos... antes ou em simultâneo com uma acção judicial, o trabalhador lesado nos seus direitos fundamentais, por parte de entidades públicas, tem o poder de se queixar junto do provedor de justiça." (Aidsportugal, 1998, p. 1).

Tem sido constituída rotina comum, nos locais de trabalho, a realização de testes de despiste de anticorpos anti-HIV. Estes testes podem anteceder a actividade laboral (aquando da candidatura) ou no decorrer da mesma. Do ponto de vista legal a realização destes testes só poderão suceder quando existir o consentimento livre e informado do sujeito. O conselho de ministros da União Europeia salienta que as pessoas infectadas não constituem um risco para os seus colegas de trabalho, ou terceiros, com quem tenham interacção laboral; mesmo os

que desenvolvam actividade no campo da saúde, ao cumprirem as medidas de higiene e segurança estabelecidas, pelo que não concordam que os mesmos sejam efectuados. Também o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, e mais recentemente o Procurador-geral da República, referem que "...a protecção da saúde pública não justifica a limitação dos direitos do homem em razão de cidadãos serem portadores de HIV ou de SIDA... o despiste e os testes obrigatórios, bem como os registos de seropositivos, constituem atentado à vida privada, na medida em que, não raro, comportam restrições ao direito ao trabalho, à liberdade de deslocação e de residência e a obtenção de cuidados de saúde." (Diário da República, 1999, p. 4862).

Os técnicos de Saúde devem lembrar-se constantemente de que a SIDA é uma doença socialmente marginalizante. As pessoas diagnosticadas com esta situação não raramente vivem dramas em assuntos como o emprego, o direito ao arrendamento, empréstimos bancários entre outros assuntos, como já referimos. Segundo Rodrigues "...é necessário restringir a aparente amplitude deste preceito a manter presente que não basta verificar um estado infecto-contagioso para justificar a respectiva divulgação. Relativamente ao círculo alargado de pessoas com quem o paciente conviva, trabalhe ou se relacione de outra forma, deve, em princípio, negar-se a legitimidade da divulgação." (Rodrigues, 2001, p. 251).

O programa do XVII Governo Constitucional dá-nos conta que a população envelhecida em Portugal é de facto uma realidade incontornável e que em 2010 os idosos entre 80 e 84 anos serão mais de 280 mil, em Portugal. A realidade vivida por 300 mil idosos é presentemente a de uma existência no limiar da pobreza, onde se inserem contextos pessoais isolados, afastados de todas as grandes dinâmicas sociais. Como a esperança de vida, devido aos vários avanços das áreas médicas, tende a aumentar, pensa-se que todos os problemas associados a uma velhice programada e em condições dignas esteja na ordem do dia, como debate e como algo que carece um planeamento e uma intervenção rápida e adequada às realidades vividas.

No mesmo programa governamental refere-se que "...a SIDA mantém-se como um problema dramático em Portugal, que regista taxas de novos diagnósticos de infecção superiores às dos restantes países europeus. Particularmente grave é a perda de sentido de urgência e de prioridade nesse combate. O governo propõe-se relançar as políticas de prevenção e combate à doença VIH/SIDA, reactivando o

Plano Nacional de combate à SIDA. Neste domínio, será dada especial atenção à promoção de acções e campanhas de informação/sensibilização, tendo em vista a modificação efectiva de comportamentos.” (Programa do XVII Governo Constitucional, 2005, p. 13).

Ao surgir o diagnóstico de HIV, existem uma série de factores a serem solucionados, e que requerem a atenção, quer do indivíduo, quer da parte dos técnicos de saúde. Na perspectiva do indivíduo, existe a necessidade de redimensionar a sua vida, com esta nova situação de saúde. É sempre um momento de grande intensidade emocional. Cada indivíduo lida com esta situação baseando-se, quer nos seus traços de personalidade, quer também nos apoios, suportes e interacções sócio/familiares que possui. De uma forma geral, passa por diversas fases, que irão flutuar da negação até à aceitação do seu diagnóstico. Esta situação será mais difícil quanto mais idoso for o utente. Os processos mentais de alguém mais jovem possibilitam mais facilmente a adaptação. Por outro lado, há todo o peso e todo o contexto familiar do idoso, muitas vezes com netos e vivendo numa família alargada. Em alguns casos, o idoso tende a viver uma realidade de negação da sua situação de saúde. Numa grande cidade há ainda a possibilidade do idoso passar incógnito, mas se viver numa pequena comunidade, o peso e conotação social associada ao HIV é algo demasiado constrangedor; lidar com esse estigma é indescritivelmente difícil.

Na óptica dos técnicos de saúde, surgem uma multiplicidade de questões e de problemas. O diagnóstico do HIV é de declaração obrigatória desde Janeiro de 2005, à semelhança de muitos outros países europeus. Procedimento semelhante ao que se passa aquando do diagnóstico de um caso de tuberculose. O médico para efectuar esse procedimento tem de preencher um formulário próprio (o qual se encontra no anexo 4), a ser enviado às instâncias centrais da saúde. Além destes procedimentos burocráticos, surgem algumas questões, levantadas pelo HIV; questões essas que colocam o médico em confronto com alguns valores éticos e essencialmente legais. Por um lado, a obrigatoriedade da confidencialidade entre o médico e o utente e por outro, direitos subjacentes às pessoas que convivem com o doente com SIDA.

Vamos expor de seguida algumas situações mais frequentes com que os técnicos de saúde se confrontam e qual a perspectiva jurídica aceite para as mesmas:

1 - Situação em que o utente é portador de HIV, vive com companheira/o que desconhece o seu diagnóstico

Nesta situação concreta o código deontológico da ordem dos médicos apresenta o segredo profissional, que abrange todos os factos relativos ao utente e que tenham chegado ao conhecimento do médico. No entanto e segundo o art. 72 do mesmo código deontológico refere-se que "...a objecção do segredo profissional não impede que o médico tome as precauções necessárias, promova ou participe em medidas de defesa sanitária, indispensáveis à salvaguarda da vida e saúde das pessoas, nomeadamente dos membros da família e outros que residam ou se encontrem no local onde estiver o doente." (Ordem dos Médicos – Código Deontológico).

Parece existir um conflito entre os interesses relativos ao indivíduo e os direitos à saúde e à vida de outrem. Segundo Sancho e Ferreira " Se o indivíduo tem direito a não ser discriminado, ao sigilo sobre a sua vida privada e sobre o seu estado de saúde, não há duvida também que a sociedade tem o direito e o estado a responsabilidade de tomar as medidas de prevenção que evitem a propagação de doenças como a SIDA." (Sancho e Ferreira, 2004, p. 11).

Por isso e nesta situação concreta, o médico pode cessar o segredo profissional para salvaguardar o direito à saúde e à vida da/o companheira/o do utente, portador de HIV. No entanto há que ter sempre em atenção que só nestas condições específicas e nunca quando existe a probabilidade remota de risco de contágio. Considera-se juridicamente o direito à saúde e à vida como bens superiores que devem ser protegidos, salvaguardados, mesmo que isso implique a sub legação para segundo plano do direito à reserva da intimidade.

Deve-se sempre solicitar ao utente que seja ele a ter essa iniciativa junto das pessoas com quem interage de forma íntima. Deve-se reforçar, no entanto, a ideia de que esta atitude e procedimento são um recurso a ser utilizado após ponderação e conversa com o utente; nunca deve ser uma atitude preferencial por parte do clínico; incorrendo o mesmo em caso de quebra do sigilo profissional em processo judicial.

## 2 - Deverá ou poderá o médico pedir um rastreio ao HIV sem autorização do doente?

Partimos da premissa de que há que informar sempre o utente dos exames, das razões para os mesmos e dos resultados obtidos, e quais as implicações que existem em caso de recusa. O doente tem sempre o direito a recusar qualquer tratamento, bem como também pode prescindir do direito de esclarecimento. Tem no entanto de expressar essa vontade, que deixa ao critério do médico as opções terapêuticas que este considerar mais pertinentes. Em circunstância alguma pode ou deve o médico esquecer o consentimento informado e escrito do utente, como está previsto no art. 38 do código deontológico da ordem dos médicos, e o artigo 156 e 157 do código penal.

## 3 - O médico tem um/a utente que é prostituta/o e não utiliza métodos preventivos na sua profissão, sendo portador/a de HIV

Nesta situação concreta, embora o utente tenha direito à confidencialidade e à preservação sigilosa das suas informações clínicas, a sua atitude põe em risco e em causa o direito à saúde e à vida de terceiros. O médico "...deve comunicar todas as circunstâncias necessárias à autoridade de saúde para que esta, se for o caso, desencadeie as medidas adequadas a evitar – mesmo contra vontade do doente – o contágio." (Sancho e Ferreira, 2004, p. 19).

Um pouco à semelhança do primeiro caso exposto, o direito à vida e à saúde de terceiros é juridicamente um bem superior, que pode condicionar o sigilo profissional.

### **9.1 – DIREITOS E DEVERES DO PORTADOR DE HIV/SIDA**

Não podemos no entanto esquecer que o portador de HIV, ou doente com SIDA tem direitos e ao mesmo tempo deveres. Segundo a Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA, fundamentando-se nas declarações internacionais de direitos humanos, bem como na Constituição Portuguesa, as pessoas infectadas com HIV, têm:

- “- Direito à não discriminação.

- Direito à liberdade.

- Direito à vida privada.

- Direito à confidencialidade em relação aos dados de saúde que lhes respeitem.
- Direito à imagem.
- Direito à protecção da saúde.
- Direito a ser tratado com delicadeza, urbanidade e dignidade nos serviços de saúde.
- Direito a consentir e a recusar exames e tratamentos desde que tal não ponha em causa a saúde de terceiros.
- Direito a ser informado de forma clara sobre o seu estado de saúde antes de dar o seu consentimento à realização de quaisquer actos médicos.
- Direito a não pagar taxa moderadora nos serviços de saúde desde que apresente documento assinado pelo médico, onde conste a justificação da isenção sem necessidade de especificação da enfermidade.
- Direito à educação.
- Direito à segurança social.
- Direito ao trabalho.
- Direito a casa e a constituir família.
- Direito a não sofrer tratamentos desumanos ou degradantes.
- Direito de resistência a qualquer ordem que ofenda os seus direitos, liberdades e garantias e de repelir pela força qualquer agressão quando não seja possível recorrer à autoridade pública.” (Aidsportugal, 2001, p. 3).

Há no entanto que não esquecer que direitos implicam também deveres. Estes deveres exigem atitudes, por parte do portador de HIV, que nem sempre são fáceis. Muitos portadores continuam a esconder o seu diagnóstico, mesmo das pessoas que lhes são mais próximas, incluído a companheira com quem vivem, muitas vezes por longos anos.

Também segundo a mesma fonte, o portador de HIV tem o:

- “- Dever de usar o preservativo em qualquer tipo de relação sexual.
- Dever de só emprestar seringas convenientemente desinfectadas.
- Dever de desinfectar todos os locais onde derrame sangue ou outros fluidos corporais.
- Dever de colaborar com os profissionais de saúde que o assistem.



- Dever de informar os seus parceiros sexuais do seu estado de saúde bem como todas as pessoas a quem o desconhecimento daquele possa criar risco de contaminação.
- Dever de se informar e de praticar todas as formas de prevenir a propagação da infecção.
- Dever de obter informação e aconselhamento adequando na perspectiva de querer ter filhos.” (Aidsportugal, 2001, p. 3).

## **9.2 – PREVENÇÃO E ORGANIZAÇÕES**

Os desafios que o HIV/SIDA lança às organizações, que trabalham nesta área, crescem de ano para ano. Devido à metamorfose sofrida, tardam as respostas que se orientem de forma concreta e específica para esta problemática. Como fomos percebendo ao longo de todo este enquadramento teórico, são presentemente os heterossexuais, o grupo no qual cresce exponencialmente o HIV/SIDA. São os jovens e as mulheres, além dos adultos idosos, que contribuem de forma cada vez mais significativa para que estes números cresçam, acima de qualquer previsão.

As campanhas de esclarecimento e a orientação começaram por se direccionar quase exclusivamente para os homossexuais e toxicodependentes: presentemente os desafios são outros. Cada vez é mais necessário batalhar no conceito de comportamento de risco; na ideia de que a saúde individual é um bem a ser preservado e que cada pessoa tem um papel activo no que se relaciona com a sua saúde e na da sua comunidade.

As organizações têm de alterar a sua linguagem, a sua forma de abordar esta problemática; ela não se combate em gabinetes, nem em planeamentos extremamente bem elaborados, e que no entanto estão desajustados da realidade e nunca saem do papel. Socialmente há que trabalhar na aceitação das pessoas portadoras de HIV/SIDA; dando também a sociedade resposta às necessidades específicas destas pessoas no que se relaciona com a sua saúde, condições de vida e inserção.

Em Portugal existem várias organizações que assumiram a responsabilidade, dentro da sua vasta área de acção, de prevenir, actuar e acompanhar pessoas com HIV/SIDA.

As organizações que têm tido essa tarefa são:

- ABRAÇO – Associação de apoio a pessoas com HIV/SIDA;
- ADDEPOS – Associação dos Direitos e Deveres dos Positivos Portadores do Vírus da SIDA;
- AJPAS – Associação dos jovens promotores da Amadora saudável;
- APF – Associação para o planeamento da família;
- ASRCCC – Associação social recreativa cultural cigana de Coimbra;
- Associação “O Ninho”;
- Associação de Jovens Pró-Vida;
- Associação ILGA PORTUGAL;
- Associação Opus Gay;
- Associação Portuguesa dos Hemofílicos;
- AUTO-ESTIMA – Programa de Saúde;
- BRILHAR – Associação Portuguesa de seropositivos;
- CNLCS – Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA;
- Comunidade Vida e Paz;
- CRIAS – Centro de respostas integradas de apoio à SIDA;
- Desafiojovem;
- DROP-IN – Centro de aconselhamento;
- Fundação da Juventude;
- Fundação Portuguesa “A Comunidade Contra a SIDA”;
- GADS – Grupo de apoio e desafio à SIDA;
- GAT – Grupo Português de activistas sobre o tratamento de VIH;
- GTEECV – Grupo de trabalho Europeu para a educação da criança cigana e viajantes;
- Liga Portuguesa de Profilaxia Social;
- LPCS – Liga Portuguesa Contra a SIDA;
- MAPS – Movimento de apoio à problemática da SIDA;
- OIM – Organização Internacional para as Migrações;
- Positivo – Grupo de apoio e auto ajuda;
- Procais – Projecto de apoio e informação para a saúde;

- Projecto solidariedade – Stª Casa da Misericórdia de Lisboa;
- Sanitae – Associação para a defesa a saúde dos Africanos;
- SOL – Associação de apoio a crianças infectadas pelo vírus da SIDA e suas famílias.

A par de todo o trabalho desenvolvido por estas organizações e associações, (algumas delas sem o apoio directo dos governos, vivendo de donativos e de campanhas de angariação de fundos), existe a necessidade de responder a este desafio, quer por parte da comunidade internacional, quer por parte de cada governo. Não é possível os governos demitirem-se do seu papel, pois são uma parte essencial e integrante na resolução do problema. Segundo Lamptey e outros “...*the international community and government partners need to take a number of steps, including:*

- *Increasing resources available for prevention and care;*
- *Improving the health infrastructure for the delivery of these services;*
- *Improving technologies for the treatment and prevention of HIV/AIDS;*
- *Reducing poverty, illiteracy, and other social, economic, and political factors that increase vulnerability to infection; and*
- *Reducing the disease's stigma and discrimination against those living with HIV.”* (Lamptey e outros, 2002, p. 29-30).

O HIV/SIDA é um desafio a toda a sociedade, a cada indivíduo. No fundo ela revela as disfunções sociais que ainda nos revestem; as dificuldades de articulação entre os vários intervenientes. Não há um “corpo” comum de trabalho, uma partilha de áreas e articulação entre organizações. Há de facto uma actividade isolada, um planeamento desfasado das realidades dos tempos presentes. É urgente alterar as mentalidades e as formas de actuar. Uma vacina parece ser algo ainda inviável; a medicação tem os seus limites de actuação; só nos resta de facto a prevenção, como grande “arma” de combate perante esta pandemia.

Hoje podemos aprender com os inúmeros erros do passado, as decisões menos correctas e evitar que isso seja uma constante. As organizações têm à sua frente um desafio concreto: a adaptação.

## **10 – REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E SIDA**

Raramente paramos e nos apercebemos que por detrás das nossas acções, opções e formas de pensar há uma panóplia de mecanismos, que nos condicionam, que de certa forma articulam o nosso actuar, com aquilo que determinamos inconscientemente como algo de “bom” ou mau”, correcto ou incorrecto.

As representações sociais são um dos factores que permitem ao indivíduo ter uma base de interacção social e ao mesmo tempo participar activamente na estrutura do tecido social.

As teorias que evocam as representações sociais sofreram ao longo das décadas mutações. A origem destas mutações deve-se em muitos casos à intrusão mais ou menos estruturadas entre as áreas da Psicologia e da Sociologia. Os cientistas sociais foram-se apercebendo que o homem precisa de “desconstruir” a realidade e de a reconstruir para que esta adquira um significado para si. Na essência é desta forma que as representações sociais organizam a realidade para que esta possa ser percepcionada pelo indivíduo, fazendo o indivíduo parte, de forma activa neste processo. Segundo Pierre Mannoni “ ... um objecto não existe por si mesmo, existe para um indivíduo ou um grupo, e na sua relação com eles. É, por isso, a relação sujeito-objecto que determina o próprio objecto. Uma representação, é sempre uma representação de alguma coisa para alguém (...) Aquilo a que o homem chama «realidade objectiva» no seu ambiente existe apenas pelo facto de ter havido um baptismo desse real que só existe pelo facto de ser reconhecido e nomeado e, relativamente a isso, a evocação (em particular pela palavra) equivale a uma determinação de existência (um trazer ao ser/ estar), a uma ontofania.” (Ramos, F; Silva, Carlos; et al, 2000, p. 208).

Desde o final do século XIX que o conceito de representação social se apresenta e toma um lugar na tentativa de perceber e estudar os fenómenos sociais. Durkheim foi um dos primeiros autores a desenvolver o conceito de representação individual e representação colectiva. Segundo este autor a vida mental de cada

indivíduo é baseada em representações, sejam elas individuais, sejam elas colectivas. Durkheim já aprofunda o facto de as representações colectivas surgirem à medida que o indivíduo interage em sociedade, surgindo dessa interacção mudanças e alterações na representação colectiva “ *Une synthèse chimique c’est une produit qui concentre, unifie les éléments synthétisés et, pas celá même, les transforme. Puisque cette synthèse est l’œuvre du tout, c’est le tout qu’elle a pour théâtre. La résultante qui s’en dégage d’borde donc chaque esprit individuel, comme le tout déborde la partie. Elle est dans l’ensemble, de même qu’elle est par l’ensemble. Voila en quel sens elle est extérieure aux particuliers.*” (Durkheim, 1898, p. 40).

Durkheim reitera a ideia de que as representações colectivas são exteriores à consciência individual, que no entanto se possibilitam e são o fruto do conjunto de indivíduos, mas nunca o somatório das consciências individuais, como ele muito bem compara a uma reacção química, em que o produto final depende das várias componentes individuais, mas é diferente de cada um dos constituintes isoladamente. O indivíduo é importante enquanto elemento do tecido social e contribui com a sua existência, mas os seus sentimentos, a sua consciência individual, a sua especificidade enquanto uno não se traduzem em representação colectiva.

Refevre, citado por Delgado, refere que “...a dimensão ideactiva que acompanha necessariamente toda a acção prática que difere de um pensar sobre, metaforicamente pode estar associada à ideia de sombra. É um processo reflexo que acontece a nível dos indivíduos e a nível da sociedade como um todo, que esta necessariamente associada às acções individuais.” (Delgado, 2000, p. 30).

Foram os trabalhos de Durkheim que possibilitaram posteriormente o desenvolvimento das teorias de Moscovici, que introduz já o termo *representação social*. Explora a ideia de que as representações sociais são o palco onde desfilam o nosso sistema de crenças e modelam a nossa realidade social. Estas constituem-se a partir do quotidiano dos grupos, estando subjacente a este processo a comunicação, nas suas complexas vertentes. A comunicação interpessoal que surge entre os vários constituintes sociais constrói e contribui para o surgimento e mutação das várias representações sociais. Não é possível aliás, para este autor, dissociar a ideia de representação individual de representação colectiva, pois que a génese de

uma representação social bebe as envoltórias dos processos sociais e também dos processos sociocognitivos.

Moscovici percebe as representações sociais como um processo dinâmico, que sofre alterações e mutações. Implicam-se nos processos sociais e sofrem ao mesmo tempo as consequências das múltiplas metamorfoses sociais "... as representações sociais são definidas como sistema de valores, de ideias e de práticas, a sua função é dupla: em primeiro lugar, estabelecer uma ordem que permite a orientação das vivências materiais, e em segundo lugar, facilitar a comunicação entre os membros de uma comunidade, na procura de um código que designe e clarifique os diferentes aspectos do seu mundo e da sua história individual e de grupo." (Semin, 1989, p. 42).

Já Oltramari, citando Moscovici, reforça esta ideia, "...as formas de identificação concreta das representações sociais estão nas comunicações em geral, onde se elaboram os conhecimentos do senso comum. É importante ressaltar que as representações sociais não apenas estão expressas nos discursos de senso comum, mas, também, são encontradas nas ciências, nas religiões e em outras tantas formas de conhecimento compartilhado." (Oltramari, 2003, p. 4).

Um outro autor (Jodelet) citado por Vala, aprofunda a ideia da interação social. Da importância que surge pela interação social, tendo sempre como base a comunicação. Segundo este a representação social "... constitui-se a partir das nossas experiências, de informações, saberes, modelos de pensamento que recebemos e transmitimos pela tradição, educação, comunicação social, pela comunicação que se estabelece entre grupos, por valores ligados a posições ou pertencimentos sociais específicos." (Sousa, 1997, p. 59).

Para Vala, Moscovici propõe a análise do processo pelo qual os indivíduos que interagem socialmente constroem um substrato base que permite a comunicação e a estruturação de comportamentos " Num outro sentido, mais amplo, as representações sociais alimentam-se não só de teorias científicas, mas também dos grandes eixos culturais, das ideologias formalizadas, das experiências e das comunicações quotidianas." (Vala, 1996, p. 353-354).

A ideia da interacção do indivíduo em sociedade está aliás subjacente em quase todos os autores como génese das representações sociais. O homem é um ser social por excelência, e é na interacção social que ele se estrutura, que ele recebe e partilha, que ele influencia e é influenciado. “ As representações sociais têm sempre um sujeito e um objecto: são sempre a representação de alguma coisa para alguém. As representações elaboram-se a partir de materiais muito diversos, bastante heteroclíticos, imagens, fórmulas semânticas, reminiscências pessoais ou memórias colectivas (mitos, contos), clichés derivados do conhecimento vulgar (ditos, crenças, superstições), e “ideias feitas” (preconceitos, estereótipos, etc. ...). Quanto ao seu aparecimento, este é contingenciado pelo contexto político ou sócio-histórico.” (Ramos, F; Silva, Carlos; et al, 2000, p. 119).

Quer Moscovici, quer Durkheim referiram a ideia de que as representações colectivas são independentes do indivíduo e do grupo, como alias já referimos. Moscovici salienta no entanto, e desenvolve a ideia de que apesar das representações sociais se entrosarem ao indivíduo estas são delineadas por determinados factores oferecendo ao indivíduo a possibilidade de transformar as representações sociais. *“To put it in another way, social interaction and communication and the active and dynamic processes through which social representation acquire and Express their perceptive power. Thus, social representation not only originate in the social interactions among individuals and groups for the purpose of understanding and communicating with others: they are also sustained through the same process.”* (Purkhardt, 1993, p. 29).

As representações sociais são no entanto um conceito bastante complexo e difícil de definir. Pois tratam-se dos conceitos e das formas como o indivíduo capta, percepção e estrutura a realidade. Segundo Moscovici, na sua função de descoberta e de organização da realidade, estas têm a função de:

- Auxiliar o indivíduo a orientar-se socialmente
- Facilitam a comunicação ao fomentarem um código conceptual que não se limitam à identidade mas também à identificação e substrato do indivíduo e do grupo.

Moscovici, refere que “ Trata-se de um conceito híbrido, onde se entrecruzam noções de origem sociológica, tais como ideológicas, cultura, norma, valor e noções de origem psicológica como imagem, pensamento, opinião, atitude. Estas noções que muitas vezes são estudadas de modo isolado, aqui são organizadas em função

de uma estrutura que está relacionada com o conhecimento da própria realidade.” (Monteiro, 1995, p. 82).

Vala aprofunda os atributos estudados por Moscovici, e que atribuem às representações sociais quatro funções essenciais:

- A primeira, que ele denomina de “organização significativa do real”, refere que o indivíduo tem a necessidade de atribuir um significado e um valor a determinado acontecimento: é imperioso que este acontecimento seja organizado numa escala pessoal de categorização, para que essa vivência ou acontecimento deixe de ser estranho; ele tem de alguma forma de tomar coerência. Segundo Ibanez “...as representações sociais contribuem para constituir o objecto do qual são uma referência.” (Vala, 1993, p. 365).

- A segunda função descrita por Vala é a “comunicação”. É através da comunicação que reconhecemos, alteramos e reafirmamos as representações sociais. Comunicar é um acto constante, inerente ao homem. Segundo Vala “ao comunicar descrevemos, avaliamos e explicamos...comunicar argumentando é activar e discutir representações.” (Vala, 1993, p. 365).

- A terceira função relaciona-se com os “comportamentos”. O nosso comportamento relaciona-se e depende das nossas representações sociais. Actuamos e agimos com base naquilo em que acreditamos. Segundo Vala “Não somos, muitas vezes bons relatores dos nossos comportamentos e das nossas causas.” (Vala, 1993, p. 366).

- A quarta, e última função referida por Vala, prende-se com a “diferenciação social”. As representações sociais condicionam ou potencializam atitudes, crenças e comportamentos. São as representações sociais que muitas vezes estão por detrás do elo que une determinados grupos sociais. O existir representações sociais tão diferentes, muitas vezes mesmo divergentes, leva a que existam grupos sociais tão diferentes, com posições de tomada de decisão e de união quase antagónicas entre si. Segundo Moscovi “... se a especificidade da situação de cada grupo social contribui para a especificidade das suas representações, a especificidade das



representações contribui por sua vez para a diferenciação dos grupos sociais.” (Vala, 1993, p. 367).

Jodelet, outro estudioso das dinâmicas sociais, refere que as representações sociais são também uma forma de conhecimento, estruturado, que reflecte a realidade partilhada por um conjunto social de indivíduos; não é unicamente um conjunto de opiniões. Há a ligação à ideia de posição e estatuto social, sendo que as representações sociais são o que permite uma definição e uma tomada de posição nas relações sociais. São fenómenos que actuam e estruturam a vida social. “Se por um lado a representação social é um produto de uma realidade exterior, pensamento que se consubstancia em determinado conteúdo: informações, imagens, valores atitudes, em relação a determinado objecto – pois não há representação sem objecto – por outro lado ela é um processo, uma actividade de apropriação da realidade e de elaboração psicológica e social dessa realidade – é a representação social de um sujeito (indivíduo, grupo, família, classe). Com efeito, representar corresponde a um acto de pensamento pelo qual um sujeito se relaciona com um objecto” (Negreiros, 1995, p. 83).

As representações sociais fazem parte de todos os nossos actos, das opções, estratégias e vivências. São elas que nos levam a adoptar determinadas posturas, opiniões e escolhas, perante realidades específicas e concretas. É importante que o investigador tenha a percepção das representações sociais do grupo que estuda, pois só assim poderá entender as razões e as atitudes adoptadas, inclusive aquelas que surgem relativamente a serem investigados, nalguma área das suas vivências. Por outro lado, o investigador pode determinar, desta forma, grande parte dos factores inerentes à pessoa, ou ao grupo, e que determinam ou não o sucesso do estudo.

Segundo Abric “...permite compreender a natureza sócio-cognitiva dos mecanismos de adaptação dos sujeitos às situações reais, no seio da organização social e ideológica da sociedade.” (Silva, 1994, p. 18).

O indivíduo, no seu contexto formal, é dotado de actividade psicológica própria, não pode no entanto dissociar-se da cultura, dos valores e da “realidade” onde está inserido. Representações cognitivas são pertença única do indivíduo. Ao mesmo tempo, este não se consegue dissociar das representações sociais que lhe são

impostas, e que acontecem no contexto da vivência social, que traduzem em última instância esse tecido social, de forma que o indivíduo o consiga traduzir, perceber e ter em si a re-construção de uma realidade.

A dinâmica das interações sociais, onde cada indivíduo surge com a sua própria forma de comunicar e com os meios a que tem acesso para obter informação, seja esta formal ou informal, interage com as representações sociais: há no fundo a junção destas duas vertentes, o indivíduo enquanto ser psicológico e que é ao mesmo tempo um ser social. Não sendo possível dissociar estas duas vertentes. As representações sociais flúem e sofrem mutações, como aliás já referimos, acompanham as sociedades e são o reflexo de todas as dinâmicas intrínsecas à sociedade. Permitem ao indivíduo um entendimento da realidade social, formando este um modelo simbólico do pensamento, determinando por este motivo o sentido e o significado de objectos, acontecimentos, outros indivíduos. O mecanismo de socialização intervém desde a infância na construção e estruturação do real, bem como na sua percepção. Este mecanismo permite que facetas do homem, como seja a sua personalidade, crenças e valores, não surjam de forma aleatória, mas que se formem na medida em que bebem directamente das representações sociais em com que é confrontado. Vala refere que as representações sociais dão "...sentido aos objectos e acontecimentos sociais...elas constituem um sistema de interpretação, no quadro do qual o meio envolvente se torna não estranho e coerente...parafraseando Giddens (1984), poderá afirmar-se que as teorias dos actores sociais, as representações sociais, são um dos constituintes das instituições e estruturas sociais" (Vala, 1996, p. 365).

Purkhardt no entanto aponta como central a ideia de que as representações sociais englobam um ambiente de pensamento que condiciona e determina a nossa percepção e conceito do real; e como consequência determina as nossas opções. A representação social surge no contexto de interacção que o indivíduo estabelece com outros indivíduos, tendo cada um deles uma relação específica e única com o objecto da representação em causa. É importante reforçar, no entanto, e perceber que a representação constrói-se no processo dinâmico de interacção e comunicação. Desta forma surge a possibilidade de coesão, ao partilhar-se uma mesma linha orientadora de representação social, que na sua forma mais visível condiciona e permite a identificação através das acções: *"When individuals or groups*

*share the same social representations, actions are understood in the same way. The social representation both guides the social action of an individual or group and allows these actions to be understood by others. However, when social representations are not shared, for example, between members of two different cultures or conflicting groups, the misinterpretation of actions is likely to occur.”* (Purkhardt, 1993, p. 10).

## **10.1 – CONSTRUÇÃO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

Vamos neste capítulo do trabalho perceber como o indivíduo constrói os seus valores, a forma como percepciona o mundo que o rodeia e como isso condiciona e potencializa a sua interacção com esse mesmo meio

Segundo Vala e baseando-se nos trabalhos efectuados por Moscovici, as representações sociais constituem-se como tal através de dois processos; os processos sociais e os processos sociocógnitivos.

### **10.1.1 – Processos Sociais**

Os processos sociais possibilitam diferenças nas representações sociais olhando para um mesmo objecto. Na estrutura social o indivíduo é alvo e tem acesso a diferentes de informação, diferentes contextos sociais. Mesmo sócio-economicamente há divergências notórias. As dinâmicas sociais influem, de forma determinante na reconstrução que o indivíduo faz do real: “A estrutura social remete para clivagens, diferenciações, relações de denominação. É então possível pensar que tais clivagens e diferenciações se irão reflectir na construção de diferentes representações de um mesmo objecto. O terceiro pressuposto põe em evidência o facto das diferenciações no campo social se verificarem a dois níveis: a) o nível das condições sócio-económicas, b) o nível dos sistemas de orientação, desde as normas e valores mais persistentes, as atitudes e motivações específicas...” (Vala, 1996, p. 363).

Para Moscovici, o leque de diferentes representações sociais, para um mesmo objecto, pode ter como origem uma série de factores. Um dos factores primordiais prende-se com a informação. A informação circula em sociedade de forma avassaladora, quer em quantidade, quer em qualidade. O acesso a esta

informação é diferente de indivíduo para indivíduo, fornecendo, ou não, uma maior compreensão e percepção de problemas sociais; havendo, no entanto, também muita informação a que o indivíduo não tem acesso. E esta situação varia, como já foi referido, de indivíduo para indivíduo, de grupo social para grupo social e de sociedade para sociedade. Outro factor referido por Moscovici é a focalização. Relativamente a isto Vala refere que "...os recursos educativos, os interesses profissionais ou ideológicos parametrizam a focalização dos indivíduos em diferentes domínios do meio e geram a pertinência da elaboração de uma representação ou de uma representação mais sólida ou mais fluida acerca de dado objecto." (Vala, 1996, p. 364).

O último factor relaciona-se com a inferência, que mais não é do que a formação de uma opinião, a tomada de uma posição por parte de um indivíduo, quando este é confrontado com um fenómeno específico "...entre a constituição de um fenómeno e a necessidade de tomada de posição sobre ele vai um lapso de tempo mínimo. A posição a tomar, não é, contudo uma qualquer, deve servir objectivos individuais ou grupais. Tal facto, exige que os indivíduos e grupos disponham de recursos que lhe permitam produzir uma opinião não só rápida, mas também conforme as suas estratégias. Esses recursos são em grande parte, as representações a que o fenómeno em causa faz apelo, e que reflecte o posicionamento social dos indivíduos na sua relação com um grupo e de um grupo na sua relação com os outros." (Vala, 1996, p. 364).

### **10.1.2 – Processos Sociocógnitivos**

Moscovici é um dos autores que mais se dedicou a detalhar e a estudar a forma como se estruturam os processos sociocógnitivos, na formação das representações sociais. Para este autor há dois processos que se interligam; são eles a objectivação e a ancoragem.

- A objectivação encerra-se em três momentos essenciais. O primeiro deles relaciona-se com a filtragem, ou com o que diz Vala, a informação de que o indivíduo é alvo é "...objecto de redução, por forma a torná-la mais breve e aparentemente mais precisa, ou seja mais comunicável e útil. Contudo, esta redução é acompanhada por uma acentuação." (Vala, 1996, p. 361).

O indivíduo filtra a informação de forma a dar-lhe sentido, a “tornar útil” parte do que apreendeu. Este fenómeno relaciona-se inequivocamente com a realidade social, como as normas e os procedimentos envolventes, sociais, aos próprios indivíduos. A informação retida oferece ao indivíduo uma explicação do fenómeno, bem como uma conclusão e subsequente avaliação.

O segundo momento da objectivação prende-se com a esquematização estruturante em que o indivíduo organiza os elementos apreendidos para construir um padrão significativo de relações estruturantes. Cada indivíduo, baseado na sua experiência, vivências, grupo social, elabora a esquematização, não aleatoriamente mas para que ela tenha coerência.

O terceiro e último momento prende-se com a naturalização, em que cada palavra e cada imagem tem uma correspondência na realidade, seja um objecto, uma ideia. Vala refere que “...o facto de os conceitos retidos o esquema figurativo e as respectivas relações se constituírem como categorias naturais e adquirirem materialidade. Não só o abstracto se torna concreto através da expressão em imagens e metáforas, como o que era percepção se torna realidade, tornando equivalentes a realidade e os conceitos.” (Vala, 1996, p. 361).

Purkhardt já tinha abordado também esta ideia, referindo esta autora que *“by the process of objectivation we create social objects and we objectify abstract concepts precisely in order to forget that they are a product of our own activity.”* (Purkhardt, 1993, p. 15).

Podemos concluir através das palavras de Vala, autor que se tem dedicado de forma muito concreta ao estudos das dinâmicas sociais, dando continuidade em particular as ideias desenvolvidas por Moscovici, quando diz que a objectivação “... é uma forma como se organizam os elementos constituintes da representação e ao percurso através do qual tais elementos adquirem materialidade e formam expressões de uma realidade vista como natural.” (Vala, 1993, p. 360).

- A ancoragem — relaciona-se com a atribuição de significado ao que anteriormente não tinha. É a partir da ancoragem que tudo o que nos rodeia, pessoas, acontecimentos, objectos e acções adquirem sentido e significado.

Segundo Purkhardt é através da ancoragem que algo, acontecimento, objecto, etc. adquire significado a nível das relações sociais.

Segundo Vala, “Dir-se-á que a ancoragem precede a objectivação, por um lado, e que, por outro, se situa na sequência da objectivação. Enquanto processo que precede a objectivação a ancoragem refere-se ao facto de que qualquer tratamento da informação exigir pontos de referência: quando um sujeito pensa um objecto, o seu universo mental não é, por definição, uma tábua rasa. Pelo contrário, é por referência a experiências e esquemas de pensamento já estabelecidos que o objecto em causa vai ser pensado... a ancoragem refere o duplo e simultâneo efeito que conteúdos e processos relativos ao funcionamento do sistema cognitivo, nomeadamente, os processos de categorização, exercem sobre a objectivação e as etapas que envolve.” (Vala, 1996, p. 362).

As ideias e conceitos que desconhecemos, através do processo de ancoragem tornam-se familiares, o que por sua vez permite o nosso dinamismo sociocógnitivo e a percepção das mutações e transformações sociais. Só através da ancoragem é que ideias, imagens, “objectos” sociais entre outros se podem constituir em representações sociais.

Existem dois sub-processos, associados à ancoragem; são eles a classificação e a conceptualização. Estes processos permitem ao indivíduo atribuir determinada carga e valor ao objecto ou à ideia e por consequência dar-lhe significado. Segundo Purkhardt, *“These process do not take place in the mind of individuals, representations are not the creation of individuals in isolation. Rather it is a public activity in which individuals and groups create representation in the course of their conversations about and interactions with the relevant objects or events. In this way, unfamiliar phenomena become established within our social representation and enter into our social reality.”* (Purkhardt, 1993, p. 14).

É também com base nas representações sociais sobre determinada doença que os indivíduos adoptam determinados comportamentos. Segundo Oltramari a doença revela e reflecte aspectos não só subjectivos mas também sociais. A SIDA é, desde o seu início, uma situação e um fenómeno social complexo. Segundo Camargo as “nossas representações sociais desta epidemia têm um papel

importante no modo como agimos diante dela e da sua prevenção.” (Camargo, 2000, p. 95).

Já para Jodelet a representação social leva “ a insistir que, numa área como a da saúde, para aprender o processo de assimilação (ou não assimilação) das informações necessárias se faz considerar os sistemas de noções, valores e modelos de pensamento e de conduta que os indivíduos aplicam para se apropriar dos objectos do seu ambiente, particularmente aqueles que são novos, como foi o caso da AIDS nos anos 80.” (Jodelet, 1998, p. 26).

Dos vários estudos efectuados relativamente as representações sociais e a SIDA, chegou-se à conclusão de que “ as pessoas com AIDS são julgadas como estando em falta, ou dignas de acusação, porque contraíram o vírus.” É importante termos a noção de que a SIDA é uma doença que se contrai através das atitudes comportamentais, particular e essencialmente relacionados com o sexo. Contrair SIDA é um indicador de que aquele indivíduo/pessoa esteve em falta; teve um comportamento reprovado pela sociedade. Esta ideia é tanto mais “pesada” e condicionadora consoante a comunidade onde o indivíduo estiver inserido. Num grande centro existe quase que uma vida em anonimato; situação impossível numa pequena cidade ou vila.

Como já foi abordado, a representação social é a forma que o indivíduo/grupo desenvolve para perceber e explicar um fenómeno que o rodeia. No caso da SIDA, existiu de início uma projecção para determinados grupos sociais (toxicodependentes/homossexuais/prostitutas), o que teve como consequência que ter-se-ia de pertencer a um destes grupos específicos para contrair o HIV. Foram também estes grupos sociais percebidos como aqueles que disseminaram a SIDA.

Joffe efectuou um estudo exaustivo no que se relaciona com as representações sociais da SIDA; segundo esta autora diferentes grupos sociais tentam projectar e perceber o “outro” como factor e candidato a maior risco de infecção. Ao mesmo tempo, Joffe, aborda a temática das emoções perante a SIDA. As emoções, como o medo, a ansiedade e a impotência, são alicerces participantes na estruturação da representação social desta doença. Segundo Joffe “ elas são o produto de representações emocionais da doença, que surgiram historicamente, mas que ainda

hoje circulam no meio científico, nos meios de comunicação de massa e do pensamento popular.” (Joffe, 1998, p. 319).

Em muitos outros trabalhos, Sontag (1989), Camargo (1998) a SIDA surge-nos como uma representação social associada ao cancro, à peste, como castigo (pena de morte) por o doente ser um desviante social: também surgem representações que associam a SIDA ao “sujo”; situação habitualmente associada à sexualidade. Segundo Sontag “ o comportamento perigoso que produz a AIDS é encarado como algo mais do que a fraqueza. É irresponsabilidade, delinquência – o doente é viciado em substâncias ilegais, ou sua realidade é considerada divergente.” (Sontag, 1989, p. 31).

Por último existe a associação da SIDA com a lepra e a sífilis. Estas são doenças que surgem do exterior, vindas de outro país, de outra localidade. Esta ideia acontece habitualmente em situações de crise, onde se projecta para o “outro” a origem e a causa do mal: “ uma das maneiras da sociedade dominante controlar o medo é através da degradação do outro.” (Joffe, 1998, p. 111).

Como já referimos, os portadores de SIDA eram percepcionados como “pecadores”, como pessoas que sofrem as consequências dos seus actos pecaminosos e desviantes. Segundo Oltramari “ os homossexuais, profissionais do sexo, usuários de drogas e pessoas negras...vistos como tendo um “coquetel do pecado” em suas condutas.” (Oltramari, 2003, p. 10).

As atitudes preventivas estão invariavelmente associadas às representações sociais que o indivíduo tem. O uso do preservativo, por exemplo, como forma de prevenção, pode não ser percepcionado desta forma por grupos sociais como é o caso dos idosos. Basta que estes tenham uma representação social da SIDA como uma situação de doença que acontece aos jovens, em particular aos homossexuais ou às prostitutas. Para este grupo social também a ideia do preservativo surge como algo que é utilizado para evitar a gravidez. Para muitos idosos ter um filho em idade avançada é sinal de vitalidade e vigor; o que não contribui também para que o uso de preservativo pela população mais idosa seja algo de aceitável, ou mesmo algo necessário.



Segundo Oltramari “ como a AIDS esta diferentemente relacionada com questões relativas à sexualidade, devemos perceber as diferenças existentes entre homens e mulheres neste campo. Assim, há varias crenças e valores referentes à sexualidade masculina e feminina que serão influenciados a partir das representações sociais que temos sobre elas. No caso das relações de intimidade, estas representações não podem ser desprezadas devido ao facto destas mediações sociais interferirem nos comportamentos prevenção.” (Oltramari, 2003, p. 13).

Voltando ao caso do preservativo, até agora o único meio eficaz na prevenção da transmissão do HIV, a representação social segundo os estudos de Giani, é de que este é utilizado perante o sexo pago, enquanto nos relacionamentos amorosos, íntimos, não se fará o uso do preservativo. Uma outra ideia associada a esta e que também surgiu nos estudos levados a cabo por Silva e Bilal, é de que, os prostitutas masculinos usam o preservativo associando-o ao estereótipo bonito/feio. Um cliente considerado bonito não trará tanto risco de infecção por HIV, enquanto o cliente feio levaria a risco redobrados. Da mesma forma, existem representações sociais no que se relaciona com a ideia de promiscuidade e de parceiro fixo. Ter parceiro fixo é algo que significa segurança, independentemente do comportamento sexual do parceiro. Um estudo efectuado por Sousa Filho (1998), revelou que para muitas pessoas o facto de conhecer com quem se relacionavam era uma forma de prevenção do HIV. Pensamento assente na ideia de que a confiança era fundamental para um relacionamento estável.

O estudo efectuado por Camargo (2000) citado por Oltramari refere que “ a relação entre conhecimento das características da doença, assim como suas formas de tratamento e prevenção, não se traduzem automaticamente em mudanças das representações sociais. Mesmo com a representação social da AIDS estando relacionada com a prevenção sexual, segundo esta pesquisa homens e mulheres compartilham a noção de AIDS atrelada à promiscuidade... para os homens, a infecção se dava por um descuido da pessoa que se infectava com o vírus.” (Oltramari, 2003, p. 14).

Os profissionais de Saúde, embebidos também nas suas próprias representações sociais associam a ideia do HIV/SIDA com a morte segundo o

estudo efectuado por Avi (2000). Ter SIDA é uma condenação, uma sentença de morte. De facto na fase inicial da descoberta da SIDA, década de oitenta e ainda início da década de noventa, a esperança de vida de um utente com SIDA, era no máximo de dois anos. Não havia um trabalho feito com indivíduos nos vários estádios de infecção porque os que chegavam aos serviços de saúde já iam num estágio bastante avançado da doença; manifestava-se a SIDA através de múltiplas infecções oportunistas. Há também uma outra ideia muito alicerçada, e que é a ideia de grupo de risco e a discriminação associada a esta ideia. Como o técnico de saúde tem acesso a informação privilegiada e às transformações que a SIDA tem sofrido no seio da sociedade poderíamos pensar que as representações sociais tivessem sofrido uma mutação e que fossem muito diferentes das existentes noutros grupos sociais, o que não é no entanto o facto.

No grupo dos idosos a situação é ainda mais notória. Como é difícil ao técnico de saúde percepcionar o idoso como alguém com uma vida sexual activa, ou que até use drogas por via endovenosa, nas consultas de rotina a sintomatologia que noutros grupos populacionais chamaria logo a atenção para a possibilidade de infecção por HIV, nos idosos são atribuídos à degenerescência própria da idade ou a patologias associadas.

Devido às múltiplas campanhas de prevenção e de esclarecimento, também orientadas para técnicos de saúde, a mentalidade tem vindo lentamente a ser alterada, no entanto isto acontece essencialmente com os técnicos de saúde que trabalham na área das doenças infecto contagiosas e não numa perspectiva geral.

Quanto à acessibilidade dos serviços de saúde para os portadores de HIV/SIDA, Acúrcio refere que “ existem dois aspectos da acessibilidade a serem distinguidos; o sócio-organizacional e o geográfico. Estão incluídos nos aspectos sócio-organizacionais os atributos referentes aos recursos e à organização, que podem facilitar ou dificultar os esforços do cliente em obter cuidados. Já a acessibilidade geográfica refere-se ao isolamento espacial, uma função do tempo e da distância física a ser percorrida pelo paciente para a obtenção do cuidado.” (Acúrcio, 1996, p. 237).

Antes de avançarmos para o processo investigativo propriamente dito, e terminada que está esta contextualização teórica, sente-se a necessidade de

efectuar uma pequena síntese que relembre algumas das ideias principais, que gravitam em torno da pandemia da SIDA e muito particularmente aquelas que directamente se relacionam com os idosos do género masculino, portadores de HIV.

Hoje a SIDA encontra-se disseminada em todos os países do globo terrestre, mais do que uma situação de saúde/doença a SIDA tornou-se um problema social, psicológico e político, que veio trazer questões até então descuradas e nunca aprofundadas nas dinâmicas relacionais e sociais. Esta é uma doença essencialmente do comportamento, que trouxe para a “praça pública” o que cada um faz na intimidade, como se relaciona com os outros, quem são esses outros!?

De um início inesperado na década de oitenta do século XX, foi-se instalando lenta e silenciosamente em cada cidade, em inúmeras famílias e incontáveis indivíduos, pondo em risco a economia de muitos países, reduzindo a esperança de vida, deixando órfãos inúmeras crianças pondo em causa grandes grupos económicos. No entanto, esta óptica não analisa nem aprofunda os dramas pessoais vividos, o sofrimento e a solidão do diagnóstico, as dificuldades inerentes a ter uma doença incurável, estigmatizante que nos lembra a espada de Dâmoqueles, pairando sobre a cabeça dos desafortunados.

Portugal foi um reflexo fiel do que sucedia a nível da Europa e dos Estados Unidos, excepção feita à maioria dos países Africanos onde o HIV tomou e toma contornos muito especiais, nomeadamente no seu perfil social, à mercê das características culturais específicas que estão subjacentes nas relações extra conjugais e atitudes de risco. No início, em Portugal, existiu uma atenção particular ao evoluir de uma nova estirpe viral, o HIV2, após a sua descoberta em 1986, pensando-se que esta tomaria as mesmas repercussões infecciosas que o HIV1. No entanto esta situação não se veio a verificar devido à virulência reduzida e a um maior grau de dificuldade infecciosa por parte desta nova estirpe.

Os idosos masculinos apresentam características muito particulares no que concerne às suas atitudes para com a sexualidade e o estar doente. São um grupo social que tem contribuído cada vez mais para o aumento do número de infectados com HIV, calculando-se que a média em Portugal desde a década de noventa seja de vinte novos casos de idosos do sexo masculino todos os anos.

Segundo a bibliografia consultada, o idoso não está desperto para esta realidade, o que inclui medidas de prevenção. É-lhe diagnosticada a infecção por HIV como algo secundário, pois o que o leva a procurar os serviços de saúde são situações tão diversas como a dispneia, descompensações cardíacas, estas entre muitas outras situações de agravamento clínico, que não são associadas à partida à pandemia da SIDA. Devido às suas características específicas o idoso masculino não tem a percepção dos riscos a que se expõe, entendendo que a sua masculinidade é proporcional ao número de contactos sexuais que tiver. Também o uso do preservativo é entendido como algo desnecessário e por vezes incomodativo, além de que ser progenitor em idade avançada é sinónimo de virilidade e de boa capacidade física, algo que o idoso deseja projectar e manter.

Os múltiplos estudiosos desta temática são unânimes ao reconhecer que também os técnicos de saúde, nas mais diversas áreas, não estão despertos para esta situação, e têm dificuldades acrescidas e abordar esta temática com o idoso. É relevante a ausência de campanhas orientadas para este grupo populacional, mesmo quando já estão diagnosticados e são acompanhados, quer em consulta, quer em apoio domiciliário. É de facto urgente conhecer um pouco melhor a realidade vivida pelos idosos masculinos, nomeadamente, perceber qual a ideia que têm da prevenção, que informação de base possuíam, como vivenciam o estar doentes!?

É nesta óptica que partimos para a colheita de dados que se segue. Não é um processo de todo fácil visto as temáticas a abordar, nomeadamente as relacionadas com o comportamento e dentro deste as atitudes que se relacionam com a sexualidade, são aquelas perante as quais o idoso mostra mais resistência em abordar, fruto da sua educação e dos valores sociais com que cresceu e viveu. Partimos no entanto com a expectativa de que todo este caminho nos permita chegar a conclusões efectivamente relacionadas com a realidade vivida por estes idosos, com mais de 60 anos, do sexo masculino e que residem na área da cidade de Lisboa.

## **11 - METODOLOGIA**

Após termos percorrido ao longo de todo este documento uma série de etapas, que vão desde a definição da questão de investigação e respectivas implicações no enquadramento teórico, onde aprofundamos e desenvolvemos factores que se prendem com a problemática em estudo. Encontram-se reunidas todas as circunstâncias necessárias para seleccionarmos a metodologia a utilizar, nomeadamente, o tipo de estudo que vamos efectuar, a população, a escolha do tipo de instrumento de colheita de dados e a sua elaboração; por último, o modo como será efectuada essa recolha de dados e como serão processados os mesmos. A metodologia permite ao investigador chegar ao seu objectivo final, que é alcançar a informação sobre o fenómeno em estudo.

### **11.1 - TIPO DE ESTUDO**

Segundo Benoliel, citado por Polit e Hungler, a investigação qualitativa é “...um conjunto de formas de colocar questões sistemáticas relacionadas com a compreensão dos seres humanos e a natureza das suas relações consigo próprios e com o ambiente que o rodeia.” (Polit e Hungler, 1991, p. 349).

Segundo Formarier “...actualmente, a pesquisa qualitativa se pratica em grande número de disciplinas (sobretudo as ciências humanas) (...)

- Está em constante evolução na medida em que as suas bases, tanto estão nas teorias disciplinares como nas práticas profissionais que a actualizam e a fazem evoluir.
- Está mais centrada na procura do sentido e na interpretação dos factores humanos.
- ...utiliza uma pluralidade de modelos de análise
- ...é objecto de debates e discussões entre investigadores de diferentes disciplinas e também no seio da mesma disciplina.” (Formarier, 2000, p. 24).

Segundo Esteves “as técnicas qualitativas são particularmente justificadas nesta conjuntura social e científica como meio mais adequado (...) ao estudo da produção e circulação de sentido, mormente quando estão em estudo problemas emergentes em populações escondidas (...) o fenómeno da SIDA constitui um exemplo ilustrativo quer de uma problemática emergente, quer de uma população oculta.” (Esteves, 1996, p. 2).

Já Bogdan refere que “...a abordagem qualitativa exige que o mundo seja examinado com a ideia de que nada é trivial, que tudo tem potencial para construir uma pista que nos permite estabelecer uma compreensão mais esclarecedora do nosso objectivo de estudo.” (Bogdan, 1995, p. 49). Também para Polit e Hungler, citando Binomial a abordagem qualitativa “...baseia-se na premissa de que os acontecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios actores.” (Polit e Hungler, 1995, p. 270).

É de facto a metodologia qualitativa que melhor se adequa a um estudo desta natureza no campo das representações sociais da saúde e doença. Assim sendo, admitiu-se como tipo de estudo, uma abordagem qualitativa de natureza descritiva, cuja pretensão final é conhecer as dinâmicas implicadas numa vivência específica, neste caso a de utentes com HIV, com mais de 60 anos de idade, do sexo masculino e que residam na área da cidade de Lisboa.

## **11.2 – OS PARTICIPANTES DO ESTUDO**

Fortin define população como “...conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação”. (Fortin, 1999, p. 373).

O grupo de participantes deriva da “população” de indivíduos que se pretende estudar, funcionando como um subconjunto a nível dos projectos de investigação, representativo do todo. Como já referimos as unidades básicas sobre as quais é realizado o estudo são denominados de participantes. São elementos activos no

processo investigativo. No entanto como este projecto de investigação baseia-se na procura dos factores, comportamentais, que estão por detrás do aparecimento de infecção por HIV na população em estudo (masculina, residente na área da cidade de Lisboa, com mais de 60 anos de idade), bem como nas vivências pessoais de cada um desses indivíduos tem num contexto familiar e social, limitamos a nossa população ao isolarmos tais características. Tratando-se dum estudo de natureza qualitativa, o grupo de participantes foi seleccionado de forma não probabilística, admitindo que os mesmos indivíduos reunam uma série de condições ou critérios para que possam fazer parte deste estudo.

Admitiu-se como critério de inclusão dos participantes, o seguinte:

- Serem do sexo masculino.
- Terem idade superior ou igual a 60 anos.
- Terem sido internados num dos Hospitais da área da cidade de Lisboa ou estarem aí a ser acompanhados em consulta.
- Serem portadores de HIV ou doentes com SIDA.

Porém, a entrevista semi-estruturada era para ser aplicada a 10 (dez) indivíduos do sexo masculino acompanhados em consulta e/ou internados em três Hospitais da área da Lisboa, o que acabou por não se mostrar possível, por factores relacionados com as autorizações das instituições, aspectos que abordaremos mais adiante com mais pormenor. Esta investigação foi então direccionada para os serviços da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, organização que tem um papel muito relevante no acompanhamento de indivíduos portadores de HIV, designadamente aqueles com mais de 60 anos de idade, sendo portadores de HIV.

Este conjunto de elementos constituiu o grupo de entrevistados do nosso estudo. Segundo Fortin “...uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. O elemento é a unidade base da população junto da qual a informação é recolhida.” (Fortin, 1999, p. 202).

### **11.3 - RECOLHA E TRATAMENTO DAS ENTREVISTAS**

Tendo presente os objectivos do estudo, adoptámos como técnica de recolha de informação, a entrevista semi-estruturada, procurando desta forma captar junto dos

participantes e/ou entrevistados, os elementos que permitam decodificar as suas representações sociais sobre a vivência da doença, enquanto portadores de HIV.

Por outras palavras, optamos por elaborar e criar uma entrevista semi-estruturada, que se transformasse num instrumento que permitisse o anonimato, a recolha de dados num pequeno número de elementos, e a sistematização das respostas bem como possibilitasse uma maior simplicidade na análise e tratamentos dos dados. Optamos pela entrevista por esta ser "... uma das técnicas de colheita de dados mais utilizadas no âmbito das ciências sociais." (Gil, 1989, p. 113). Ainda segundo Gil a entrevista é "Bastante adequada para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas pendentes." (Gil, 1989, p. 113).

A entrevista tem-se tornado num instrumento cada vez mais utilizado nas ciências sociais porque permite de facto aprofundar factores que seriam impossíveis reduzir a qualquer outra forma de colheita de dados.

Segundo Ruquoy, "...ultrapassando o estudo dos factores externos, os investigadores foram-se interessando cada vez mais pelo indivíduo, pela sua forma de ver o mundo, pelas suas intenções, pelas suas crenças. Para esta abordagem em profundidade do ser humano, a entrevista tornou-se um instrumento primordial. O que explica em grande parte a sua atracção é a compreensão rica e matizada das situações que este método proporciona." (Ruquoy, 1997, p. 84).

A entrevista por nós estruturada tem perguntas fechadas para os dados quantitativos, como seja a idade, constituição do agregado familiar, escolaridade, entre outras. Estamos conscientes das limitações deste instrumento, considerando a mais inquietadora, a limitação que Pinto menciona: " O investigador parte do pressuposto de que os sujeitos respondem honestamente a todas as perguntas. Se é possível que a maioria das pessoas o faz, é preciso contar com a eventualidade de que um pequeno número de indivíduos seja menos franco e directo." (Pinto, 1990, p. 58).

A técnica utilizada na entrevista é muito específica. Não se pretende que a entrevista se transforme numa conversa entre dois bons amigos, mas antes uma



técnica que usando um método próprio leve o indivíduo a verbalizar o que lhe é significativo.

Ainda segundo Ruquoy, "...antes de começar a entrevista, o entrevistador deve por o interlocutor à vontade e vencer as suas últimas apreensões. Recordar o acordado: os objectivos da investigação, o quadro institucional, o modo de selecção dos entrevistados, a duração, o papel do entrevistador que não emite opiniões, mas escuta e questiona. Globalmente, trata-se de agir de modo que o entrevistado se sinta associado à investigação e compreenda que o seu ponto de vista é importante." (Ruquoy, 1997, p. 111).

A técnica da entrevista pressupõe que o entrevistador tenha conhecimentos sobre relações humanas e que saiba aplicar correctamente princípios essenciais de relação de ajuda. Segundo Gil " É de fundamental importância que desde o primeiro momento se crie uma atmosfera de cordialidade e simpatia." (Gil, 1989, p. 119). Caso não se tenha em conta esta atmosfera inicial e o entrevistador seja frio e sem habilidades relacionais faz com que o entrevistado se feche e que não lhe forneça informação fiável.

Ainda segundo Carmo, " Ao iniciar a entrevista e após uma breve síntese enquadadora, lembrando as informações já partilhadas no contacto prévio, torna-se importante escolher uma questão inicial que coloque o entrevistado no tema da conversa e que o ajude a aquecer o ambiente relacional." (Carmo, 1998, p. 135). Como já referimos o entrevistador pretende que o entrevistado quebre as defesas que tem relativamente a manifestar a sua opinião, vivência e sentimentos relativamente a um assunto concreto. Segundo Ruquoy pretende-se "...levar o entrevistado a aprofundar o seu pensamento ou a explorar uma questão nova de que não fala espontaneamente (...) respeitando o mais possível a ordem de exposição do pensamento do entrevistado." (Ruquoy, 1997, p. 110-111).

Para o tratamento das entrevistas, utilizamos a análise de conteúdo para que os nossos objectivos fossem atingidos. A análise de conteúdo segundo Vala é "uma técnica que permite a descrição objectiva, sistemática e qualitativa do conteúdo manifesto." (Vala, 1986, p. 103). Também Bardin reforça a validade da análise de conteúdo no contexto do trabalho qualitativo porque " é um conjunto de técnicas de

análise das comunicações que se adaptam a um vasto campo de aplicações.” (Bardin, 1988, p. 37).

Bardin denomina de análise categorial a criação de diversos patamares de análise onde se situarão as opiniões, vivências, experiências e sentimentos do indivíduo perante um determinado fenómeno social. O objectivo é “...tomar em consideração a totalidade de um texto passando-o pelo crivo da classificação e do recenseamento, segundo a frequência ou ausência de itens de sentido...é o método das categorias que permitem a classificação dos elementos de significação constituintes da mensagem.” (Bardin, 1988, p. 37). A versatilidade desta forma de análise permite de facto ao investigador “...trabalhar sobre correspondência, entrevistas abertas, mensagens dos *mass-media*... fontes de informação preciosas e que de outra forma não poderiam ser utilizadas de maneira consistente pela História, a Psicologia ou a Sociologia.” (Vala, 1986, p. 107).

A criação de categorias de análise serve para que dentro de uma análise de conteúdo se possa “...descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objectivo analítico escolhido.” (Bardin, 1988, p.105).

Na verdade, uma categoria, segundo Vala é “...habitualmente composta por um termo-chave que indica a significação central do conceito que se quer apreender, e de outros indicadores que descrevem o campo semântico do conceito (...) o que importa ao analista são conceitos, e a passagem dos indicadores aos conceitos é portando uma operação de atribuição de sentido, cuja validade importará controlar.” (Vala, 1986, p.111).

Já para Maroy as categorias de análise não podem acontecer de forma aleatória, nem serem determinadas antes do início do processo de análise: “ O esquema geral de análise não parte de uma grelha pré-existente; é elaborado e derivado dos materiais; as categorias são sugeridas ou descobertas indutivamente a partir dos dados.” (Maroy, 1997, p. 120-121).

A clarificação é sumamente importante para os resultados do estudo. Segundo Ghiglione “ ...os estudos só serão produtivos na medida em que as

categorias sejam claramente formuladas e adaptadas ao problema e ao conteúdo.” (Ghiglione e Matalon, 1993, p. 212).

A criação de categorias surgem com a criação de unidades de registo que traduzem as ideias, os sentimentos e a postura do indivíduo. As unidades de contexto segundo Bardin, “...serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registo, e corresponde ao segmento da mensagem cujas dimensões são óptimas para que se possa compreender a unidade de registo.” (Bardin, 1988, p. 107). Ainda segundo a mesma autora, unidade de registo é “ a unidade de significação a codificar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial.” (Bardin, 1988, p. 104), sendo estes os traços gerais que utilizámos para o tratamento das entrevistas realizadas.

## **12 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS**

A apresentação dos resultados é a etapa que surge, logo após a análise meticulosa de cada entrevista efectuada à população em estudo. Esta apresentação é realizada com base na análise de conteúdo, em que cada entrevista contribui com unidades de significância, que permitem, pelo seu contexto, agrupar em categorias e subcategorias a informação colhida.

Houve o cuidado de agrupar a informação de forma a que possamos obter resposta à pergunta inicial de todo este trabalho – Quem são os idosos do género masculino, com mais de 60 anos que residem na área da cidade de Lisboa? Este é um trabalho moroso, que requer uma atenção redobrada, uma postura o mais isenta possível, a fim de detectar e colher as unidades de significação ao longo das entrevistas. Existe uma dificuldade acrescida quando a população em estudo tem características tão específicas, como a dificuldade em dar uma resposta concreta, a dificuldade em percepcionar a pergunta, “perder-se” no contexto daquilo que está a ser dito. Situações com que fui confrontado ao longo desta colheita de dados e que dificultam o posterior processo de triagem da informação mais pertinente e importante.

### **12.1 – ENTREVISTA A UTENTES INSTITUCIONALIZADOS**

As primeiras cinco entrevistas aconteceram de 14 de Julho a 2 de Agosto, na Residência de Santa de Rita de Cassia. Esta Residência é um dos centros assistenciais da responsabilidade da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Esta Residência está exclusivamente vocacionada para trabalhar e acompanhar utentes com HIV/SIDA, que socialmente não tenham suporte familiar ou que estejam numa situação de grande dependência de cuidados, que requeiram uma supervisão e manutenção de vigilância de saúde, não se justificando no entanto o internamento hospitalar. A população residente é bastante flutuante e, segundo a Responsável

pela Residência, ultrapassa de longe as possibilidades de acolhimento da mesma. São mais de três dezenas os utentes que se encontram neste centro, das mais diversas idades, embora sejam predominantes os utentes com mais de cinquenta anos, alguns com limitações físicas e mentais bastante evidentes. Existem também alguns utentes que se encontram em situação de dependência total, acamados já faz alguns meses. A morte é também uma companheira constante pois a população, além de bastante envelhecida, acaba por sucumbir às complicações inerentes à SIDA.

São também vários os colaboradores e os funcionários da Residência. São ali confeccionadas as várias refeições. Também são as funcionárias que distribuem a medicação e acompanham os utentes às várias consultas de rotina que têm marcadas, ou os acompanham em situação de urgência ao hospital.

O dia-a-dia não sofre grandes alterações e a rotina instalou-se como mais um residente deste centro assistencial. Das várias visitas que efectuei, é impossível não nos apercebermos da vontade e do prazer que os utentes têm ao receber qualquer nova visita que surja, procurando roubar um pouco de atenção, um gesto de simpatia, uma palavra de conforto. A solidão enche de facto os espaços vazios, os momentos dolentes do dia, e eles são muitos.

Na minha primeira visita à Residência fui apresentado a alguns dos utentes; o principal objectivo, para além de contactar com a realidade vivida pelos vários indivíduos, seria apresentar-me, propósito da minha visita e solicitar a aplicação da entrevista.

Dois dias após, 14 de Julho, regressei com o intuito de iniciar os trabalhos.

Entrevista 1 – S estava numa enfermaria improvisada. Houvera uma conversão urgente a partir de uma sala, que albergava agora cinco utentes acamados e em diferentes graus de dependência. Era o mais idoso dos utentes que partilhavam aquele quarto. Anquilosado, o seu corpo contorcia-se no colchão sem forma definida. Coberto unicamente com um lençol devido ao extremo calor daquele fim de tarde de Julho, apesar de serem já quase 19 horas.

Após a minha apresentação, efectuada por uma das responsáveis que aguardara a minha chegada, expliquei resumidamente as minhas pretensões. Perguntei-lhe se desejava alguns dias para ponderar sobre a minha proposta, ao que me respondeu

que não se importava nada de ser entrevistado para um trabalho. Reforcei novamente a garantia do sigilo da informação que me facultasse, recordando-lhe também de que só responderia ao que quisesse.

S é um indivíduo que aparenta fisicamente ter mais do que a sua idade real (63 anos). Já sofreu dois AVC's e devido aos mesmos perdeu grande parte da sua autonomia, encontrando-se numa situação de total dependência na realização das actividades mais básicas, como seja alimentar-se. Cognitivamente mantém as suas faculdades, apresentando algum humor e um reconhecimento extremo pelos gestos de interesse e de carinho de que é alvo por parte de algumas profissionais da Residência. Caloroso e de sorriso fácil, acolhe-me junto à cama numa pequena cadeira que me foi facultada para o efeito.

Alheado ao facto de estar num sítio repleto de olhares curiosos, disponibilizou-se totalmente para termos uma “pequena conversa”. O quarto/enfermaria improvisado era também um sítio de passagem, por onde circulavam algumas atarefadas auxiliares, demasiado preocupadas com os seus múltiplos afazeres para prestarem atenção a este intruso recém-chegado.

Ficamos frente a frente, com uma reduzida distância entre nós porque a voz debilitada de S dificultava que ouvisse totalmente as suas respostas. Antes de começar a entrevista pedi-lhe se poderia gravar a mesma, ao que acedeu com um sorriso rápido.

Entrevista 2 – J é um indivíduo de movimentos lentos, respondendo sempre pausadamente às perguntas que lhe são feitas. Mostrou-se agradável e simpático ao contacto. Aparenta a idade que tem (60 anos), encontra-se fisicamente autónomo, apesar de se fazer acompanhar de uma bengala de madeira, companheira inseparável desde há muitos anos. É ele que cuida “das suas coisas” e a Residência pouco mais é do que o sítio onde vai fazer as refeições e dormir. Apesar de ser um indivíduo de trato fácil prefere ficar no sossego do seu recanto no jardim, acompanhado de um rádio velho que ainda teima em martelar as músicas da moda. São de certa forma a sua única companhia para o passar do dia.

Já tinha sido apresentado a J no primeiro dia que me desloquei à Residência pelo que quando me aproximei para realizar a entrevista, no dia 14 de Julho de 2006, pelas 19.34h, cumprimentou-me como se fôssemos já velhos conhecidos. Sentamo-nos no exterior da Residência, num pequeno banco no jardim, que fica próximo da azáfama das corridas da cidade e cujo ruído nos inunda os sentidos, dificultando a conversa e a concentração.

Após ter explicado a J o objectivo e o teor da entrevista ele adoptou uma postura de quem se prepara para executar uma tarefa por demais rotineira e usual. De boné desportivo na cabeça, apoiou o queixo na pequena bengala que o acompanha como uma amiga, fixa os olhos no infinito e responde de forma quase monocórdica como se estivesse a recordar um filme já antigo. Refere que não se importava de que a entrevista fosse gravada, quando o interpelei sobre o facto.

Entrevista 3 – A é o mais idoso dos residentes da Instituição. Tem 76 anos, um aspecto frágil e obstinado, olhar ainda vivo e relutante em se conformar com as múltiplas limitações físicas que tem. Tem uma dificuldade grande em se deslocar, mas recusa a utilização de bengalas ou de qualquer apoio, mesmo das auxiliares. Agarra-se constantemente a paredes e suportes que vai encontrando ao longo do caminho. Apesar da idade é um dos utentes mais difíceis de “controlar” segundo a responsável da Instituição. Não acata rotinas, e regras são sinónimo de desafio constante. No primeiro dia em que me desloquei à Residência fui apresentado a A que não deu a mínima importância a esta nova personagem que por ali aparecia, visto andar muito preocupado com o desejo de poder ir dar mais um passeio ao exterior, e não estar a conseguir os seus intentos junto da Responsável da Residência.

No dia 20 de Julho de 2006, pelas 15 horas desloquei-me novamente à Residência para realizar a entrevista a A. Havia no gabinete da Responsável um grande alvoroço porque A tinha sido encontrado no jardim da residência em comportamentos de cariz sexual com uma das residentes, também ela portadora de HIV. A pedido da Responsável assisti à conversa que se desenrolou entre o casal, responsável de tal comportamento e a própria. Ambos (A e a sua companheira) referiram querer viver juntos ali na Residência, respondendo às questões da responsável de que não se tratava de uma situação ocasional. Foi-lhes dito que o

seu caso iria ser analisado e que depois lhes seria dada uma resposta. É neste contexto que peço posteriormente a A para nos sentarmos um pouco para termos uma conversa. De mente dispersa e resposta rápida A mostra-se disponível para a conversa perguntado se não lhe podia também arranjar alguns “cigarritos”. Sentamo-nos no pequeno jardim da casa, num banco afastado de ouvidos curiosos, com o ruído de fundo que nos chegava do tráfico de início de tarde.

Entrevista 4 – M é um indivíduo de raça negra, Cabo-Verdiano, magro de rosto, com o abdómen proeminente. Movimenta-se lentamente como quem não tem urgência em chegar a nenhum lado. Tem 67 anos de idade embora não aparente a idade que tem, parecendo mais jovem. Tem um aspecto cuidado, afável ao contacto demonstrando uma simpatia calorosa e uma disponibilidade “ para falar do que for preciso”.

No dia 20 de Julho de 2006, pelas 16:00 horas solicitei-lhe alguma disponibilidade para a entrevista, como já lhe tinha mencionado no dia 14 de Julho. Refere que sim, que se lembra muito bem e que tem toda a disponibilidade necessária; queixa-se aliás de ter pouca actividade, embora a saúde não permitisse muita agitação. Como o calor estava insuportável no exterior, bem como o ruído dos carros, em auge de hora de ponta, solicitei a uma das auxiliares se nos poderia disponibilizar um sítio um pouco mais calmo, o que nos foi providenciado. Lentamente encaminhei-me com M para um sala anexa à cozinha, onde nos sentamos frente a frente, sem obstáculos, como se estivesse para acontecer uma conversa entre velhos conhecidos.

Entrevista 5 – D é um indivíduo de raça negra, Guineense, emagrecido, de aspecto frágil e movimentos muito lentos. Saíra do hospital no dia anterior, onde permanecera devido a problemas e complicações hepáticas, que ele não sabe explicar bem. Tem 69 anos de idade e apresenta um rosto cansado, triste, um olhar fixo e perdido.

Nota-se que até o sorrir lhe exige algum esforço. Tem consciência da sua fragilidade e o desânimo ainda esta latente no pequeno diálogo que encetamos antes de iniciar a entrevista, onde lhe explico o objectivo do trabalho e a salvaguarda do sigilo e da imparcialidade no tratamento dos dados. Refere que não se importa de



dar a entrevista, que hoje em dia pouca coisa já lhe interessa. Deixa transparecer uma postura deprimida em relação a tudo o que o rodeia.

A entrevista aconteceu no dia 2 de Agosto de 2006 pelas 15:30. Solicitei à Responsável pela Residência que nos disponibilizasse uma sala onde pudesse ocorrer a entrevista, visto D me parecer muito debilitado para permanecer no exterior, com o calor que se fazia sentir. A encarregada ofereceu o seu gabinete para a realização da entrevista, um sítio recolhido das dinâmicas da Residência, fresco e acolhedor. Sentados frente a frente iniciamos a nossa conversa (entrevista), que nos levaria a lugares que para D seriam por vezes dolorosos recordar.

## **12.2 – ENTREVISTA A UTENTES EM AMBULATÓRIO**

Não me foi possível efectuar a totalidade das entrevistas programadas na Residência Santa Rita de Cassia, porque a maior parte da população não correspondia aos critérios para a amostra seleccionada para este trabalho; por um lado a maior parte dos idosos do sexo masculino tinham menos de 60 anos de idade e por outro lado havia um grande grupo de mulheres, que embora estivessem dentro dos parâmetros seleccionados para a idade não poderiam fazer parte da amostra, visto a mesma ser exclusivamente composta por homens.

Foi-me referenciado o Centro de apoio Santa Maria Madalena, junto ao Martim Moniz. Este centro está vocacionado para acompanhar utentes em regime ambulatorio, quer no seu domicílio, quer no próprio Centro de Dia, onde é efectuada a supervisão de tomas terapêuticas, apoio nas refeições e orientação para áreas de especialidade (hospitalar, assistência social, entre outras). Também são responsáveis pela gestão de 15 residências, para onde são encaminhados os utentes em situação mais dependente e que não têm outra forma de apoio familiar e social.

Contactei a Responsável pelo Centro, que se prontificou a receber-me e a desenvolver todos os trâmites necessários, para que fosse possível obter 5 entrevistas a utentes com HIV, acompanhados em ambulatorio.



Os utentes acompanhados neste Centro pertencem à área da cidade de Lisboa, sendo mais de 700 os utentes que beneficiam, ou no seu domicílio ou nas deslocações ao centro de dia do apoio da Santa Casa da Misericórdia. Além dos apoios mencionados anteriormente também as refeições no centro de dia são uma mais-valia para quem ali se desloca, à procura de colmatar a solidão, a carência monetária ou mesmo o fornecimento de terapêutica; no total acompanham diariamente cerca de 50 utentes. Maioritariamente os utentes do Centro de dia são toxicodependentes, alguns ainda bastante jovens.

No apoio domiciliário, o Centro conta com a colaboração de 20 ajudantes familiares, que se responsabilizam por cuidar das mais diversas actividades, que podem ser, os cuidados de higiene ao utente, a confecção das refeições, a higienização do espaço, o acompanhamento a consultas, o fornecimento de terapêutica, acompanhar o utente às compras. As ajudantes familiares passam por um período experimental num dos Centros da Santa Casa da Misericórdia, onde, além de receberem formação, aprendem as especificidades do trabalho que se seguirá. A formação de cada uma relacionasse com o esclarecimento sobre a SIDA, os cuidados específicos a ter em situações de risco concretas, como seja o contacto com sangue e fluidos corporais, a inter-relação pessoal, entre vários outros assuntos que pretendem preparar de forma mais completa possível para o trabalho que se espera venham a desenvolver.

Este Centro iniciou a sua actividade no dia 1 de Agosto de 1991 e desde então recebeu 3076 inscrições que solicitavam alguma forma de apoio. O segundo utente inscreveu-se a 15 de Agosto do mesmo ano (1991) e ainda se encontra vivo. Esta população é muito flutuante, segundo uma Enfermeira, que trabalha na Santa Casa da Misericórdia há mais de 30 anos. Muitas vezes os utentes deixam simplesmente de aparecer. Em alguns casos, devido a internamento hospitalar e nestes casos recebem o comunicado através do serviço social do hospital. Em muitas outras situações, o desaparecimento do utente é quase sempre conotado com o falecimento, que só é possível confirmar quando no final de cada ano se faz o levantamento da assistência prestada e dos utentes que deixaram simplesmente de aparecer no Centro.

Um projecto mais recente são os apartamentos alugados pela Santa Casa da Misericórdia e onde são colocados alguns utentes, que como já referimos estão em fase de maior dependência e não possuindo nenhum suporte familiar e social, encontram aqui o que de mais próximo se assemelha a uma família. Ainda segundo aquela Enfermeira, há a preocupação de adequar o número de utentes à tipologia do espaço e também às características de cada um dos residentes. Estas residências/apartamentos têm como responsável uma auxiliar que tem a seu cargo a supervisão a vigilância e a manutenção. Uma auxiliar exerce estas funções de supervisão em várias residências/apartamentos, efectuando uma visita diária a cada uma das mesmas.

O Centro não proporciona cuidados de enfermagem ou o fornecimento de refeições no domicílio, porque pretendem incentivar ao máximo a autonomia de cada utente e, segundo a Enfermeira, esta seria uma forma de incentivar o isolamento em casa, e o ficar cada vez mais dependente. Por outro lado, a Instituição é confrontada com poucos profissionais especializados, como é o caso deste Centro de Dia, onde têm unicamente uma enfermeira a 42 horas semanais, as restantes 3 têm uma carga horária de 20 horas semanais; o que é consideravelmente pouco para dar assistência no domicílio dos utentes. Além das funções diárias na vigilância das tomas terapêuticas, os enfermeiros têm a função de visitar os utentes no seu ambiente domiciliário, para obterem unicamente um feed-back sobre o trabalho e a relação estabelecida com a ajudante familiar. Outra actividade inerente à enfermagem é a avaliação de utentes em meio hospitalar, que são previamente encaminhados pela assistência social, a fim de se aperceberem da possibilidade de virem a ser integrados, ou não, na assistência prestada pela Santa Casa da Misericórdia.

Entrevista 6 —. Após vários contactos telefónicos, consegui estabelecer com A o dia que lhe seria mais conveniente, foi-lhe explicado ao mesmo tempo o objectivo da entrevista. A morada dada foi um dos bairros periféricos de Lisboa, sem me ter sido facultada a rua. Já no bairro, no dia 23 de Agosto de 2006 pelas 11 horas, e após vários contactos telefónicos com A acabei por descobrir a morada facultada.

Bati várias vezes à porta de A não obtendo resposta. Encontrei-o mais tarde, sentado num banco, no exterior do seu apartamento. A é um homem de 72 anos, de

aspecto pesado, de resposta rápida, que de quando em vez tem a necessidade de verbalizar a sua independência, como quem se perde em recordações e memórias. Sempre que lhe são colocadas questões, A demora-se nas respostas, associando assuntos, não dando atenção às minhas intervenções quando pretendo aprofundar algum assunto um pouco mais.

De aspecto descuidado, olhar vivo e de movimentos muito expressivos, conduziu-me ao seu apartamento. O espaço é amplo e com janelas soalheiras em todas as divisórias. Nota-se uma falta de higiene e de arrumo no apartamento, as loiças empilham-se em cima do lava loiças, a mesa da sala de jantar acumula pão e há um prato metido por baixo da toalha da mesa. Há dois quartos no apartamento, um ocupado por A e um outro com duas camas pequenas que segundo A me explica é ocupado pelos seus dois filhos, uma menina de 10 (dez) anos e um menino de catorze (14), quando não estão no “colégio”.

Antes da entrevista A mostra-me uma série de cartas, trocadas com advogados oficiosos, que lhe foram atribuídos pelo ministério publico, relativamente às varias contendas que estabeleceu com a Câmara de Lisboa, devido ao apartamento e às múltiplas obras que efectuou e das quais teve de suportar os custos. Vive naquele espaço há mais de 25 anos. Nasceu e viveu os primeiros anos na Madeira, tendo na década de 40 vindo estabelecer-se em Lisboa, onde permaneceu desde então. Não tem parentes próximos a viver em território continental e passa os seus dias em casa e nuns pequenos passeios que dá nas imediações. Segundo o próprio, não é indivíduo para andar por aí sem rumo.

Mostra-me a perna esquerda onde tem uma úlcera varicosa de dimensões consideráveis, no terço médio da perna, sem penso, com sinais inflamatórios e com tecido desvitalizado (isquémico/viscoso) em grande quantidade. Refere andar assim há mais de um mês e que os enfermeiros só lá foram uma vez fazer-lhe o penso e que também não tem paciência para ir ao posto. Sentamo-nos à mesa da sala para iniciarmos a nossa entrevista.

Entrevista 7 – Após o segundo contacto telefónico estabelecido com J, ficou definido o dia e a hora em que eu me deslocaria ao seu domicílio, expliquei-lhe

também qual o objectivo da entrevista, referindo-me de imediato que sim, que tem disponibilidade para me facultar a mesma.

J é um homem de estatura baixa, magro, que visivelmente luta contra o envelhecimento. O cabelo está pintado de castanho com madeixas loiras. É um indivíduo com 62 anos, emotivo e caloroso.

Vive num apartamento, num 2º andar. No edifício existem 6 (seis) apartamentos, sendo o seu o único ocupado. O prédio está num estado precário de manutenção. O apartamento de J está imaculadamente limpo, arejado e em excelente estado. Na entrada uma sala liga à cozinha onde tudo se encontra limpo e arrumado. J convida-me a sentar na mesa da cozinha. Peço-lhe se pode colocar o som da televisão mais baixo pois tenho dificuldade em perceber o que me diz.

Antes da entrevista explica-me que é homossexual assumido, já faz muitos anos. Desde que se lembra sempre viveu naquela casa, na qual foi investindo algumas transformações ao longo dos anos, para que a vida tivesse um pouco mais de conforto. Refere que isso foi no tempo em que ganhava dinheiro, que agora vive da caridade alheia, que nem para uns cigarros tem dinheiro. Todos se afastaram dele devido à SIDA e que os que não se afastaram de início desistiram de o visitar, pois recusa-se quase a sair de casa, e as visitas nem sempre são bem-vindas. Sugeri que iniciássemos a nossa entrevista, que ela se relacionava com muitas das situações que ele me descrevia naquele momento. De quando em vez corta o diálogo pois as emoções que relembra são muito dolorosas e as lágrimas teimam em cair compulsivamente.

Entrevista 8 – Quando efectuei o contacto telefónico A mostrou-se muito receptivo e disponível, embora me mencionasse logo que “se era para colocar alguém lá em casa a limpar e arrumar era escusado que não queria”. Marcámos o dia e a hora que lhe era mais conveniente, pois como me referiu, nem sempre está em casa, é hábito ir até à casa dos irmãos, que vivem relativamente próximo.

No dia 6 de Setembro de 2006, desloquei-me à residência de A que fica num dos bairros “marginais” de Lisboa. O bairro apresenta muitos edifícios degradados, o lixo parece ser uma presença constante nas várias ruas e por todo o lado se vê graffittis, como se fossem emblemas tribais. Há escadarias ocupadas em vários

edifícios pelos moradores que ociosamente observam quem passa e tecem comentários jocosos. Às 15 horas estou à porta de A. De estatura baixa e magro, apresenta um olhar vivo, embora esteja com movimentos lentificados, tem um aspecto cuidado e parece de facto muito mais jovem do que os 70 (setenta) anos, feitos à menos de um mês. Recebe-me calorosamente e encaminha-me para a sala, um espaço amplo com fotografias onde o utente aparece sempre como tema central.

O espaço está limpo e cuidado, com móveis antigos, uma mesa recolhida num dos cantos da sala onde nos sentamos. O utente mostrou-se caloroso e receptivo logo no início da nossa conversa, explicando o motivo pelo qual me tinha mencionado ao telefone que não queria lá ninguém a cuidar-lhe do espaço. Está habituado a estar sozinho e as senhoras que lhe enviaram só vieram complicar a vida da casa em vez de auxiliar, desta forma, prefere ser ele a cuidar de tudo. Volto-lhe a referir a confidencialidade da entrevista e a importância na colheita destes dados, ao que me responde que sempre foi uma pessoa frontal, apesar de analfabeta, que responderá com honestidade e ao que souber responder. Há, no entanto, alguma apreensão latente, que não é de facto verbalizada. Só no final da entrevista, e devido à cumplicidade que foi criada ao longo da mesma, A pergunta-me se quero ver as outras divisórias do apartamento.

Diz não ter muitas pessoas com quem falar sobre esta doença. Embora a família saiba, sente que não é assunto para ser falado e que de certa forma não compreendem. Tem sentido que com o tempo têm-se afastado, embora continuem a ter várias actividades familiares juntos. Quando lhe elogio o espaço que habita diz ter pena de estar no bairro em que está, mas que foi a única casa que a Câmara lhe conseguiu arranjar. Paga uma renda de 21,5 euros, o que considera ser razoável, mas que as rusgas policiais são quase uma constante, ao cair da noite os assaltos multiplicam-se, quer nas ruas, quer mesmo nos domicílios dos residentes.

Entrevista 9 – Após várias tentativas telefónicas com o filho de I, consegui estabelecer uma data provável para a entrevista. Avisa-me ao telefone que o pai é um homem muito fechado e que sobre a sua doença nunca falou. Nem sequer com os filhos este assunto alguma vez foi abordado. Informou-me de que seria melhor ir de manhã, pois estaria a ajudante familiar com ele e desta forma ele sentir-se-ia mais à vontade. Após contactos telefónicos com MJ, ajudante familiar, estabeleci a

familiar sempre foi um homem de respeito. Não são conhecidas também transfusões ou intervenções cirúrgicas em que tenha ocorrido situação de risco. MJ informa-me que muito raramente os familiares abordam esta situação. A filha, M, é a única que abordou com ela esta situação. Quando a questiono sobre os cuidados específicos que os familiares que vivem com o utente, os dois filhos mais novos, têm, ela não me sabe responder; diz que lhe parece que adoptam algumas medidas concretas, como usar luvas quando I tem um corte ou uma escoriação, mas não tem a certeza de tal comportamento. Também segundo MJ os familiares nunca tiveram nenhuma acção de formação ou esclarecimento que lhes desse algumas orientações para os cuidados necessários.

Entrevista 10 – Quanto contactei R pelo telemóvel, atendeu-me uma senhora que ficou inicialmente surpreendida com o meu contacto. Durante a conversa com R depreendi logo à partida que desejava encontrar-se comigo no Centro, em vez de ser eu a deslocar-me ao seu domicílio. Expliquei a pretensão da entrevista e marcamos a mesma para daí a dois dias, pelas 15:00 horas no Centro comunitário de Santa Maria Madalena. Posteriormente solicitei à Directora e à Enfermeira a pretensão de efectuar a entrevista no Centro, situação que recebeu toda a colaboração da equipa, inclusive, a disponibilidade de uma sala mais recolhida, onde estaríamos mais à vontade.

No dia 8 de Setembro de 2006 dirigi-me ao Centro pelas 15:00 horas como havia sido combinado com R. Já estava à minha espera juntamente com a esposa. É um homem alto, magro, com um aspecto cuidado. Nota-se um olhar vivo e curioso, por detrás dos óculos que tira quando me aperta a mão. Não parece ter os 62 anos que afirma ter. A esposa, A, é uma mulher pesada, com o rosto marcado pela idade, que dissimula por detrás de uma maquilhagem garrida. De aspecto cuidado e silenciosa, segue com o olhar o marido para onde quer que este vá. Com 63 anos, A refere que este é o seu terceiro casamento. Dirigimo-nos à sala e após uma breve apresentação e conversa, para que os constrangimentos iniciais fossem ultrapassados, pedi a A, esposa de R se não se importava de aguardar um pouco na sala, visto pretender efectuar a entrevista a R sem mais ninguém presente, ao que ela acedeu de boa vontade, sem deixar transparecer qualquer constrangimento.

Após a saída de A, R refere que estaria tão à vontade com ou sem A, ao que lhe respondo que algumas das perguntas poderiam fazer a esposa recordar algumas situações dolorosas e que era ao mesmo tempo uma forma de evitar que também ele ficasse constrangido. Refere logo de início, mesmo antes de encetarmos a entrevista, que está casado com aquela senhora desde Abril de 2006, conheceram-se em Dezembro de 2005 e que passados 4 meses apostaram no casamento. Ele apanhou “esta doença” com uma mulher que tinha conhecido na Bica (uma das freguesias de Lisboa). Assume-se como alcoólico, que viveu durante 25 (vinte cinco) anos como sem abrigo, quando abandonou a primeira mulher e os dois filhos. Perguntei-lhe desde quando é que A sabia da sua doença, ao que me respondeu que contou-lhe cinco dias antes do casamento. No início foi uma situação muito dolorosa para ela mas que agora está já tudo bem, que aceita o que ele tem.

Também me informou que pediu para se encontrar ali comigo porque vivem num quarto alugado e que as coisas por lá não andam muito bem, a partir do momento em que a esposa se distraiu e partilhou a sua situação com a dona da residencial. Neste momento andam a tentar que saia de lá porque segundo lhe dizem, “aquela casa não é sítio para pessoas com estas doenças”.

Após a entrevista, peço a A para voltar à sala e agradecer a ambos a possibilidade da conversa, bem como a disponibilidade que demonstraram. Nesse momento A começa a soluçar, dizendo que esta é de facto uma situação muito difícil, e que só soube da doença do marido quando a médica do mesmo a confrontou com o facto. Esta informação estava em contradição com as informações que me tinham sido facultadas por R, mas optei por não o confrontar com o facto. Também fui informado por A de que hoje viviam “como irmãos”, pois havia muito receio da parte de ambos para terem uma vida sexual plena. Ela fizera um teste ao HIV ainda há cerca de 1 mês e estava tudo bem. Sempre foi uma mulher que tivera cuidado e que R deveria assumir o que tinha feito na sua vida, para ser castigado agora desta forma. Tento explicar que a SIDA não era um castigo, mas antes uma doença que aflige muitas pessoas, novas e velhas. Denota-se uma revolta imensa em A, pelo facto de ter sabido há tão pouco tempo da doença de R, e também pelo facto de não ter sido ele a contar-lhe. Deixam transparecer uma vida insatisfatória a muitos níveis, sexualmente, socialmente, devido a rejeição e marginalização de que são alvo pela residencial onde estão. No final da conversa, entre soluços, refere que



ama muito o marido, que não saberá o que fazer “se ele um dia lhe faltar”. Em tudo isto R fica sem palavras, cabisbaixo, como quem carrega um peso imenso, que o deixa sem ânimo, sem esperança.

### **12.3 – DIMENSÕES DO ESTUDO**

O presente estudo tem em conta duas grandes dimensões de análise, que pensamos serem as indispensáveis para se ter a percepção desta população e das suas vivências. As duas dimensões em estudo são a dimensão sociológica e a dimensão psicológica.

Para se obter um retrato fiel desta população há que perceber em que contexto vive, quais os seus recursos, ligações familiares, bem como ter a informação sobre comportamentos de risco passados e presentes, informação que detêm sobre a doença, como vivenciam o estar doente, quais os sentimentos presentes mais predominantes.

A apresentação de alguns dados foi colocada em forma de gráfico, não se encaixando na análise de conteúdo. Dados e informações sobre a idade, etnia, orientação sexual e número de filhos, entre outros, foram, sem outro tipo de análise colocados em forma de gráfico. Ambas as dimensões foram operacionalizadas por categorias e subcategorias, como mostram as tabelas que se seguem, e que permitem colher, a partir das palavras dos inquiridos, unidades de significação que traduzam essas mesmas sub-categorias e categorias.

No entanto antes de passarmos à codificação da mensagem, expressa pelos entrevistados, será importante conhecermos as características específicas desta mesma população. Para uma percepção mais fácil e uma óptica global mais abrangente esses dados estatísticos e biográficos são colocados em forma de gráfico.

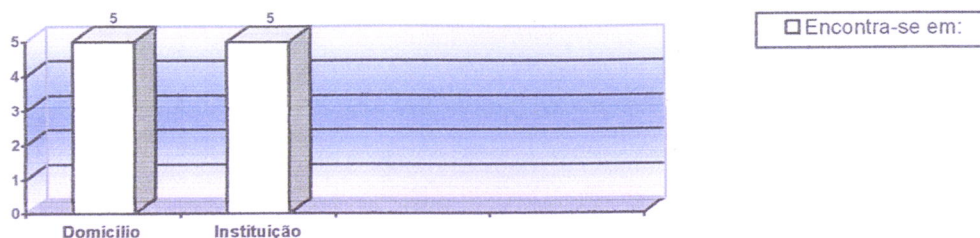


Gráfico nº 7 – Situação Residencial dos entrevistados

Do grupo de participantes no estudo, cinco dos utentes entrevistados encontram-se institucionalizados, estando os restantes cinco entrevistados a viver no seu domicílio, e todos eles, de forma directa ou indirecta recebem o apoio da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

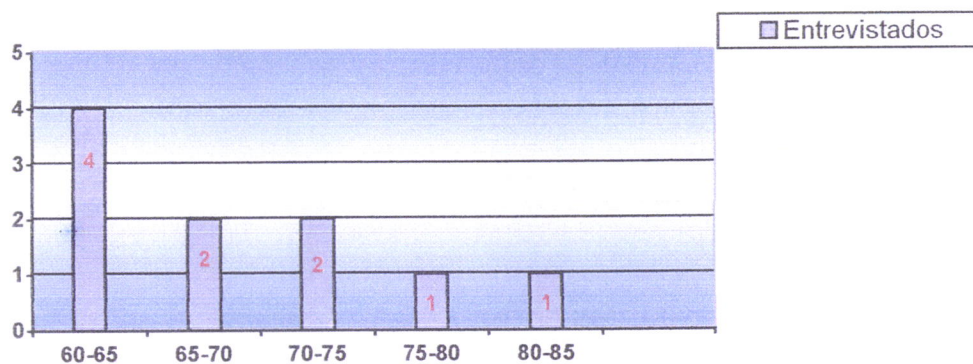


Gráfico nº 8 – Distribuição dos entrevistados por grupo etário.

Em termos de idade, os entrevistados distribuem-se por cinco grupos etários. Quatro têm entre 60 e 65 anos, dois situam-se na faixa etária dos 65 aos 70 anos, bem como também dois se situam na faixa etária entre os 70 e os 75 anos. No grupo etário entre os 75 e os 80 anos temos apenas um entrevistado, bem como também com um utente do grupo etário entre os 80 e os 85 anos. Os utentes com idade superior ou igual a 70 anos são quatro do total de dez do nosso grupo de entrevistados.

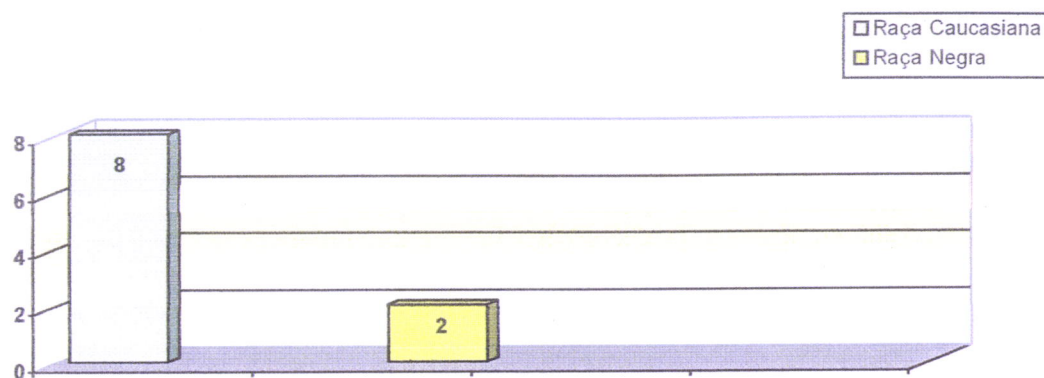


Gráfico nº 9 – distribuição dos entrevistados por raça.

De salientar que 8 dos entrevistados pertencem à raça caucasiana, enquanto 2 à raça negra. Os entrevistados da raça negra são um de Cabo Verde e outro da Guiné-bissau. Qualquer um deles reside em Portugal faz muitas décadas, tendo deixado a família, mulher e filhos, no país de origem.

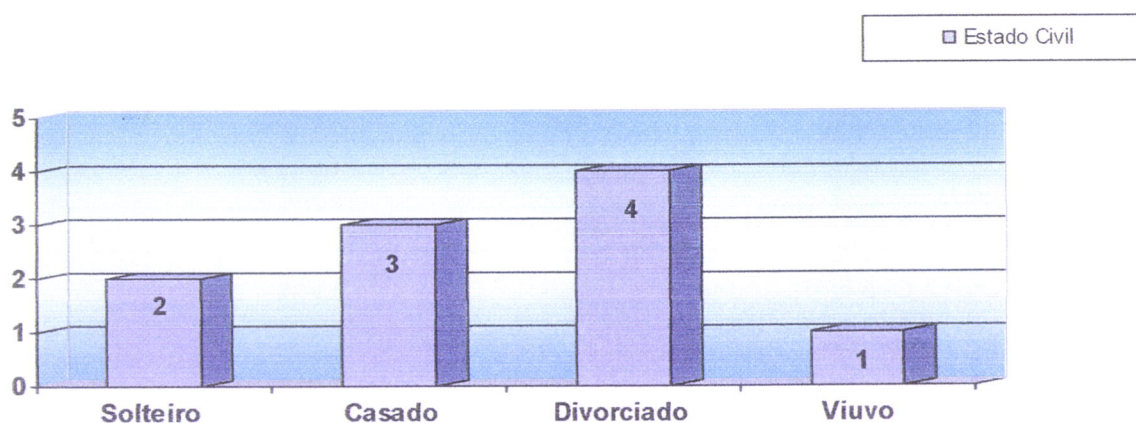


Gráfico nº 10 – Distribuição dos entrevistados por estado civil.

Do grupo de entrevistados em estudo, 4 da mesma é divorciada, enquanto 3 ainda se encontra casado. De assinalar que 2 dos entrevistados nunca foram casados e 1 encontra-se viúvo.

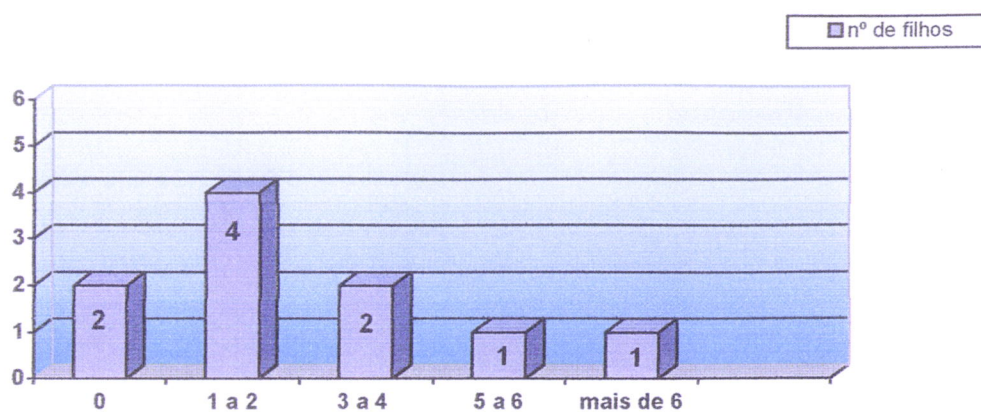


Gráfico nº 11 – Distribuição dos entrevistados pelo número de filhos.

Em relação ao número de filhos, 4 dos entrevistados têm entre um a dois filhos; sendo 2 do grupo de participantes entre três e quatro filhos, um com 5 e um outro ainda com mais de seis filhos. É de assinalar que 2 entrevistados não têm descendência.

Relativamente a este item, alguns dos utentes apesar de terem filhos nunca tiveram qualquer contacto com os mesmos desde a infância. Pensamos ser importante no entanto a colheita deste dado no intuito de poder caracterizar melhor esta população.

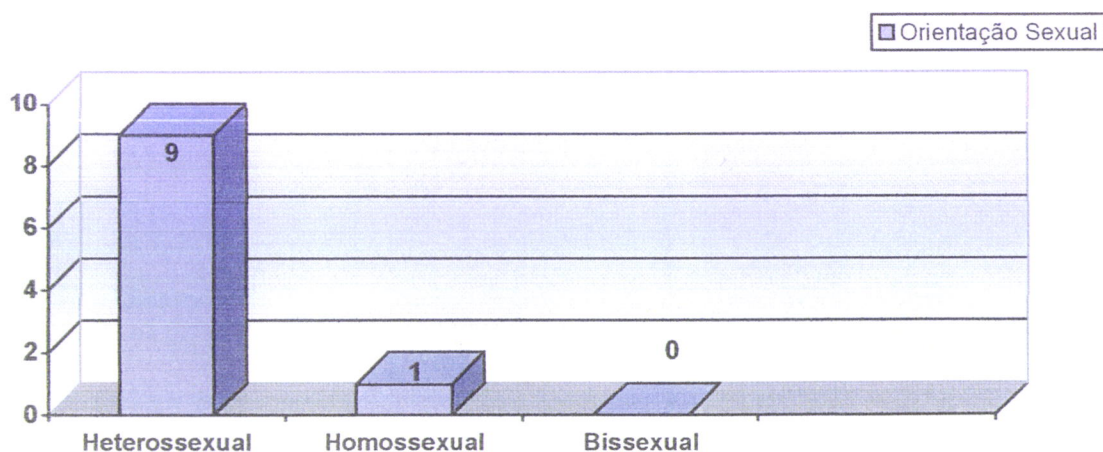


Gráfico nº 12 – Distribuição dos entrevistados pela orientação sexual

Do grupo de entrevistados 9 apresentam-se como heterossexual, enquanto unicamente um se assume homossexual. Não foi possível nas entrevistas explorar comportamentos que tendiam a atitudes bissexuais. Esta exploração poderia



acontecer num contexto e num contacto mais aprofundado. É natural que as respostas a esta questão sejam respondidas de forma enfiada devido a uma possível atitude de defesa relativamente a assumir comportamentos e contactos homossexuais. O E2 referiu ter tido um contacto homossexual na sua juventude, assumindo-se no entanto como heterossexual. Não foi tomado como válido esse facto pois o comportamento teria decorrido há mais de quarenta anos, o qual não é significativo para o nosso estudo.

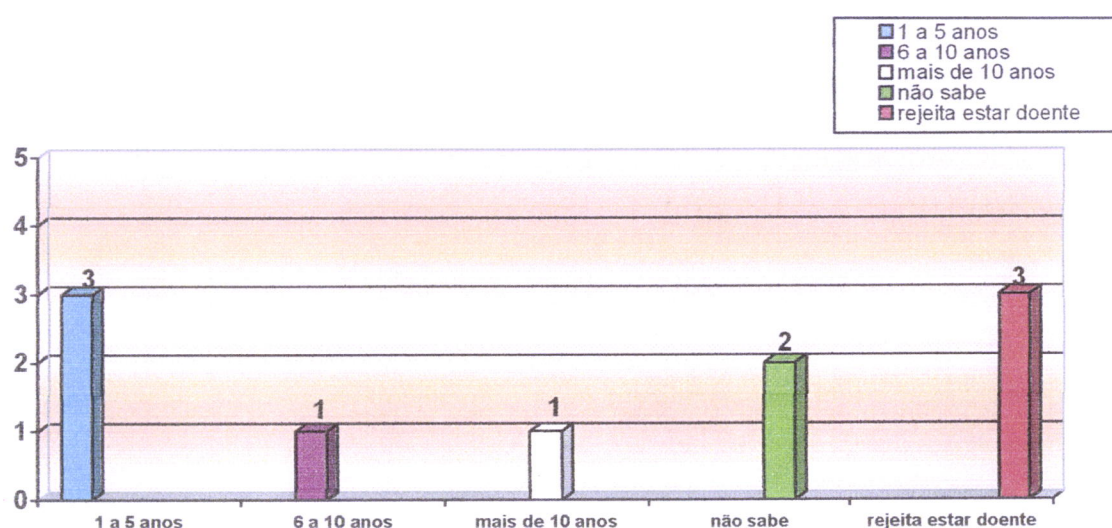


Gráfico nº 13 – Distribuição dos entrevistados em estudo pelo intervalo de anos em que sabe do seu diagnóstico.

Importa ainda assinalar que 3 dos entrevistados referem estar doente num período compreendido de um a cinco anos. De notar que um caso assume que sabe da sua situação de saúde de seis a dez anos. Também um outro entrevistado refere saber da sua doença há mais de dez anos.

Há no entanto 2 entrevistados que referem não saber há quantos anos se encontra doente, assumindo no entanto a doença que tem. De salientar que 3 entrevistados rejeitam o facto de estar doente com HIV. Este grupo refere outras patologias, como seja a Diabetes, problemas circulatórios, respiratórios e do equilíbrio. Relativamente à SIDA/HIV, negam peremptoriamente ter a doença.

### **Matriz de Codificação Global – Dimensões do Estudo**

Entrevista a idosos do género masculino com mais de 60 anos e portadores de HIV, residentes na área da cidade de Lisboa

<b><u>DIMENSÃO SOCIOLÓGICA</u></b>	
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>
1 – Condicionantes da Vida Presente	<ul style="list-style-type: none"><li>- Vive em Instituição</li><li>- Vive no seu domicílio</li><li>- Motivo que leva à institucionalização</li></ul>
2 – Vida Familiar	<ul style="list-style-type: none"><li>- Boas relações com a família</li><li>- Afastamento da vida familiar</li><li>- Família sabe da situação de saúde</li><li>- Família desconhece situação de saúde</li></ul>
3 – Actividade Profissional	<ul style="list-style-type: none"><li>- Reformado</li><li>- Exerceu uma profissão</li><li>- Actividade presente</li></ul>
4 – Capacidade económica	<ul style="list-style-type: none"><li>- Auto-suficiência</li><li>- Dificuldade/dependência de terceiros</li></ul>

Tabela 1 – Matriz de codificação global da dimensão sociológica 1

<b><u>DIMENSÃO SOCIOLÓGICA</u></b>	
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>
1 – Conhecimento da doença	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Primeiros sintomas</li> <li>- Não suspeitava estar doente com HIV</li> <li>- Suspeitava estar com HIV</li> <li>- Sem conhecimentos da doença/ Informações incorrectas</li> <li>- Algum conhecimento da doença/ Informações correctas</li> </ul>
2 – Percepção de como se infectaram	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Isola o momento/causa da infecção</li> <li>- Nega estar infectado com HIV</li> <li>- Teve comportamento de risco</li> </ul>
3 – Atitude face à doença	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhece medidas preventivas</li> <li>- Adopta medidas preventivas</li> <li>- Mantém comportamentos de risco</li> </ul>
4 – Opinião sobre os profissionais	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Competentes/atenciosos</li> <li>- Mal formados</li> </ul>

Tabela 1.A – Matriz de codificação global da dimensão sociológica (continuação)

<b><u>DIMENSÃO PSICOLÓGICA</u></b>	
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>
1 – Forma como lida com a doença	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Negação</li> <li>- Aceitação</li> <li>- Revolta</li> </ul>
2 – Sentimentos Vivenciados	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Marginalização/ discriminação</li> <li>- Isolamento/solidão</li> </ul>
3 - Expectativas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expectativas relativas ao futuro</li> <li>- Projectos presentes</li> </ul>

Tabela 2 – Matriz de codificação global da dimensão psicológica



## 12.4 – GRELHAS DE ANÁLISE DOS DADOS – DIMENSÃO SOCIAL DO ESTUDO

A partir desta matriz inicial é possível criar grelhas de análise das várias unidades, baseadas no que foi transmitido nas entrevistas pela população em estudo. Será esta grelha que nos permitirá chegar a resultados e a conclusões, procurando um conhecimento mais concreto destes indivíduos do sexo masculino com mais de 60 anos, portadores de HIV e residentes em Lisboa.

A transcrição das unidades de significação possuem algumas incorrecções a nível ortográfico que são propositadas, fazem parte da forma como os entrevistados se expressam e os vocábulos utilizados na sua linguagem oral.

### Grelhas de Análise de Entrevistas

Dimensão Social do Estudo			
Categoria 1 – Condicionantes da Vida presente			
Subcategorias	Unidades de Significação	Freq	%
Vive em Instituição	<ul style="list-style-type: none"><li>- “É o tempo de estar aqui, faz três anos. Porque eu saí do hospital X e vim logo para aqui.” – E1</li><li>- “...ele disse-me tão bem disto...tentei saber onde é que era...pedi ao Dr.X para vir também para cá.” – E2</li><li>- “Há dois anos...nem isso...” – E3</li><li>- “Já há dez anos...as instalações são muito boas.” – E4</li></ul>	4	30,7

<b>Vive no seu Domicílio</b>	<p>- "...tenho a minha casa." – E6</p> <p>- "...pago uma renda de casa, já moro aqui há trinta e sete anos, e pago uma renda barata por enquanto..." – E7</p> <p>- "...já vivo aqui há cinco anos ... não gosto do sítio." – E8</p> <p>- "...comprei aqui esta casita... a minha mulher era ainda viva... são cinco assoalhadas..." – E9</p> <p>- "...quero ir embora dali para fora...é uma casa de hóspedes... É uma sala e é um quarto." – E10</p>	<b>5</b>	<b>38,4</b>
<b>Dimensão Social do Estudo</b>			
<b>Categoria 1 – Condicionantes da Vida presente</b>			
<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de Significação</b>	<b>Freq.</b>	<b>%</b>
<b>Motivo que leva à institucionalização</b>	<p>- "...eu não queria sentir-me uma carga para elas." – E1</p> <p>- "...disse-me tão bem disto que tentei saber onde era, e pedi para vir para cá." – E2</p> <p>- "...tinha dois filhos pequenos...para não haver qualquer problema. Foi minha. Era um risco...tenho de ter muito cuidado." – E4</p> <p>- "Não vou estragar a vida da família..." – E5</p>	<b>4</b>	<b>30,7</b>
<b>Total</b>		<b>13</b>	<b>100</b>

## **Categoria 1 – Condicionantes da Vida Presente**

A primeira dimensão do estudo, a dimensão social, pretende analisar e ter a percepção sobre tudo o que rodeia a vida dos entrevistados. A primeira das categorias consideradas para a dimensão social é relativa às condicionantes da vida presente. Como já foi apresentado anteriormente, a totalidade dos entrevistados encontram-se a residir com apoio institucional, vivendo 4 no seu domicílio e um em quarto alugado/pensão, enquanto, os restantes 5 entrevistados se encontram institucionalizados.

Os dados colhidos traduzem uma realidade em que o idoso do sexo masculino com esta situação de saúde tem muitas dificuldades em permanecer no seu domicílio e ter auto-suficiência para cuidar das suas necessidades, no entanto quando esta população, que se encontra institucionalizada é inquirida sobre o motivo que levou à sua institucionalização, 4 mencionam a dinâmica familiar, sentido os entrevistados receio de se tornarem um fardo e um peso para a família e também um risco, devido à sua situação de saúde.

São mencionadas nas entrevistas posições como “...tinha dois filhos pequenos...para não haver qualquer problema. Foi minha. Era um risco...tenho de ter muito cuidado.” – E4. São os utentes institucionalizados que entendem e aceitam de forma mais passiva a sua situação de dependência e vêm na instituição uma saída para a sua situação de saúde e ao mesmo tempo uma forma de aliviar a família do peso que eles entendem ser o doente com HIV.

Dimensão Social do Estudo			
Categoria 2 – Vida familiar			
Subcategorias	Unidades de Significação	Freq.	%
Boas relações com a família	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Vêm cá todos os domingos...a família ajudou-me bastante...tenho uma filhas muito boas.” – E1</li> <li>- “...a minha filha comprou-me um passe social para dar uma volta ... queria que eu fosse viver com ela.” – E4</li> <li>- “...eu acarinho a minha mulher e ela acarinha-me a mim.” – E10</li> </ul>	3	17,6
Afastamento da vida familiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “...não vejo (filho) ...a mulher é de gancho.” – E3</li> <li>- “...melhor era ter o apoio da minha família e estar na minha casa...porque isto não é a minha casa.” – E5</li> <li>- “...nunca mais me vieram visitar nem nada ... não são meus amigos... têm medo.” – E7</li> <li>- “...o que a mãe fez ela fez igual (relações extra conjugais) e deixamos de ter contacto um com o outro ... os meus irmãos e as minhas irmãs não são aquilo que eram, começaram a afastar-se.” – E8</li> <li>- “...esse gostava do pai quando o pai abria a mão...” – E9</li> <li>- “...ter ou não ter é a mesma coisa (filho).” – E10</li> </ul>	6	35,2

<b>Dimensão Social do Estudo</b>			
<b>Categoria 2 – Vida familiar</b>			
<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de Significação</b>	<b>Freq</b>	<b>%</b>
<b>Família sabe da situação de saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Sabem... as minhas filhas e os meus genros.” – E1</li> <li>- “...a minha mulher estava em Cabo Verde, veio há três anos ... tive de contar a verdade ... sabem porque eu contei.” – E4</li> <li>- “...o meu irmão é que sabe... a filha é que sabe, tem mais cultura... eu disse o que sentia.” – E5</li> <li>- “Sabem e desprezaram-me.” – E7</li> <li>- “Toda a família sabe da doença ... não são parvos.” – E8</li> <li>- “...custou-lhe muito...custou-lhe muito (esposa) ...depois sujeitou-se...” – E10</li> </ul>	<b>6</b>	<b>35,2</b>
<b>Familiar não sabe da situação de saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “...os meus filhos... eu nunca disse nada.” – E5</li> <li>- “...a minha filha não sabe de nada.” – E8</li> </ul>	<b>2</b>	<b>11,7</b>
<b>Total</b>		<b>17</b>	<b>100</b>

Da totalidade dos entrevistados, 6 referem afastamento das dinâmicas familiares após o conhecimento da doença. De salientar que os familiares mencionados são familiares próximos, como irmãos e predominantemente os filhos. Os entrevistados, na sua maioria, sentem-se abandonados pela família, sentimento que é predominante no grupo de entrevistados que vive em domicílio próprio.

Os entrevistados expressam sentimentos relativamente à família como “...nunca mais me vieram visitar nem nada ... não são meus amigos... têm medo.” – E7 e ainda “... os meus irmãos e as minhas irmãs não são aquilo que eram, começaram a afastar-se.” – E8. Unicamente 3 dos entrevistados refere ter e manter boas relações com a família.

A maior parte destes entrevistados encontram-se a residir em instituição e sentem que a família faz parte da sua dinâmica de vida, demonstrando interesse e mesmo alguma ajuda económica. Não é, no entanto, uma percentagem muito significativa, se considerarmos a totalidade da amostra analisada. Os entrevistados expressam esses sentimentos como, “Vêm cá todos os domingos...a família ajudou-me bastante... tenho uma filhas muito boas.” – E1 e ainda “...a minha filha comprou-me um passe social para dar uma volta ... queria que eu fosse viver com ela.” – E4.

Para 6 dos entrevistados, a família tem conhecimento do seu diagnóstico, são no entanto também estes entrevistados que descrevem a atitude da família como de afastamento, de medo ou outro tipo de sentimento negativo, relativamente ao estarem doentes com HIV, como seja “...custou-lhe muito...custou-lhe muito (esposa) ...depois sujeitou-se...” – E10 e ainda, “Sabem e desprezaram-me.” – E7. No entanto, ainda 3 dos entrevistados referem que a família não partilha do seu diagnóstico.

Não incluímos nesta análise os utentes que mantêm uma atitude de negação em relação ao HIV, pois não foi possível apurar informações relativas a estes itens em 3 dos entrevistados, por estes não aceitarem estar doentes com HIV. Encontramos também um entrevistado que partilhou unicamente com alguns membros da família, mantendo a reserva relativamente à filha, como ele próprio refere, “Toda a família sabe da doença ... não são parvos....a minha filha não sabe de nada.” – E8.

Nesta área de análise concluímos que o diagnóstico trouxe para a maior parte dos inquiridos o afastamento da família. São na sua maioria os entrevistados que residem no seu domicílio que sentem esse afastamento, mercê de uma maior necessidade que sentem da aproximação da mesma, no seu contexto de vida. Os utentes que se encontram institucionalizados, sentem mais apoio por parte da família, e situações como a visita ao fim de semana e interesse nas suas actividades de lazer são mais constantes, "... de vez enquanto vou a casa da minha filha." – E4 e também "...tenho umas filhas muito boas...a família ajudou-me bastante... no verão vai lá busca-lo (filho de nove anos) e vai-mo trazer..." E1.

Segundo Alves " O adulto idoso, na fase de transição entre uma vida activa para a experiência de aposentado, necessita que todas as forças sejam convergentes nesse sentido, por forma a minorar os aspectos dolorosos desses acontecimentos." (Alves, 1997, p.231). A família é um sustentáculo para o idoso, independentemente da sua situação de saúde. Ainda segundo o mesmo autor, " A família e a sociedade devem exercer influências positivas nos adultos idosos, de forma a proporcionar saúde física, psíquica e bem-estar social. O ambiente familiar é insubstituível para que o adulto idoso se sinta aceite e dignificado na sua pessoa." (Alves, 1997, p.234).

Os idosos possuem características muito particulares no que se relaciona com as dinâmicas familiares, os valores, uma vez que "...os idosos são extremamente sensíveis e vulneráveis à opinião dos outros e à atenção que estes dão aos seus feitos e aos seus gestos." (Fernandes, 2000, p.33). A família deveria ser para o idoso um espaço de bem-estar, de partilha e de encontro intra geracional, como aliás é referido por Alves, citando Ribeiro, " A família é o espaço e o lugar de partilha que se abre à comunidade, como célula viva, com os seus valores e a sua missão de acompanhar cada um dos seus membros, na caminhada da sua existência terrena." (Alves, 1997, p.234).

Dimensão Social do Estudo			
Categoria 3 – Actividade Profissional			
Subcategorias	Unidades de Significação	Freq	%
Reformado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- "...a papelada começou a entrar na caixa e eles próprios é que me propuseram a reforma." – E1</li> <li>- "...já estou reformado." – E4</li> <li>- "...antes de mais nada saber da minha reforma." – E7</li> <li>- "Estou reformado há dois anos...trabalhava nos balneários do Rossio ... andei a trabalhar até à última. Trabalhei ainda nove anos com a doença." – E8</li> <li>- "Estou reformado? Uma miséria, recebo 223 (duzentos e vinte e três) euros de reforma." – E10</li> </ul>	5	29,4



Dimensão Social do Estudo			
Categoria 3 – Actividade Profissional			
Subcategorias	Unidades de Significação	Freq	%
Exerceu uma profissão	- “Fui segurança até há dois anos.” – E1	10	58,8
	- “Merceeiro durante mais de vinte anos.” – E2		
	- “Trabalhei numa fábrica de tecidos.” – E3		
	- “Estive na construção civil 17 (dezassete) anos.” – E4		
	- “Trabalhei na construção civil vinte e tal anos.” – E5		
	- “Trabalhava na Segurança Social.” – E6		
	- “Fui cabeleireiro. 35 (trinta e cinco) anos com estabelecimento.” – E7		
	- “Trabalhava na câmara, nos balneários do Rossio...” – E8		
	- “Era numa fábrica de fogões.” – E9		
	- “Trabalhava na construção civil.” – E10		

Dimensão Social do Estudo			
Categoria 3 – Actividade Profissional			
Subcategorias	Unidades de Significação	Freq	%
Actividade presente	- "...quer dizer, parei...ainda arranjo uma, arranjo outra...mas é pouco." – E7	2	11,7
	- "...aquilo não era trabalho para mim..." – E10		
Total		17	100

### Categoria 3 – Actividade Profissional

Nesta categoria obtivemos 5 dos 10 entrevistados que nos mencionam a sua situação presente quanto à actividade laboral como estando na reforma. No entanto e pelas características da idade e situação de saúde todos os elementos da amostra se encontram em fase de reforma, excepção feita ao entrevistado 7 que ainda aguarda resolução por parte dos serviços centrais a autorização para a sua reforma, "...já pus os papéis para a reforma há um ano e tal, não me dão resposta..." – E7 Este mesmo entrevistado é também o único que referencia manter esporadicamente alguma actividade profissional: "...quer dizer, parei...ainda arranjo uma, arranjo outra...mas é pouco."

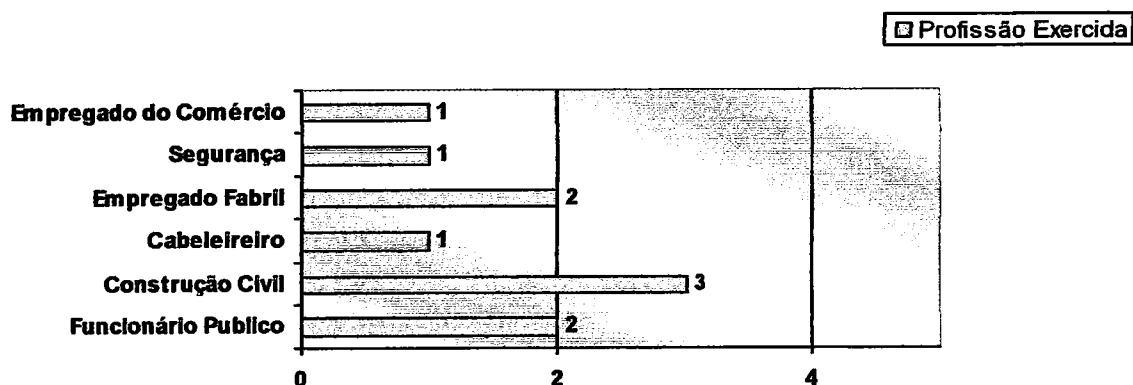


Gráfico nº 14 – Distribuição dos entrevistados em estudo pela profissão exercida antes da reforma

De assinalar que 3 dos nossos entrevistados trabalharam na área da construção civil, enquanto 2 trabalharam como empregados fabris. Também 2 tinham sido funcionários públicos e, por último, cada área profissional com 1 do grupo de entrevistados, abarca cabeleireiro de senhoras, segurança e empregado do comércio. São indivíduos que exerceram profissões que não requeriam nenhuma habilitação académica específica, deduzindo-se que o grau de escolaridade seja baixo, sendo exemplo disso "...tirei a 4ª classe já na tropa" – E10 e ainda "...não fui à escola" – E9. Presentemente, como já foi referido, unicamente o entrevistado 7 mantém alguma actividade que não é constante, toda a restante amostra não apresenta qualquer tipo de actividade relacionada com uma área profissional ou ocupação.

Segundo Guimarães " Esta separação do mundo laboral é efectuada, num grande numero de casos, em condições que não concedem ao reformado o mínimo indispensável para lhe garantir uma vivência com qualidade de vida, dignificante e, ou mesmo, um fim digno." (Guimarães, 1999, p.7). A par da inactividade própria da etapa da reforma há uma multiplicidade de linhas orientadoras estabelecidas por conceituadas organizações. A OMS, por exemplo refere que " ...os países só se podem permitir envelhecer se: os seus governos, juntamente com as organizações internacionais e a sociedade civil adoptarem políticas e programas que as ajudem a envelhecer mantendo-os activos." (Cabrita, 2003, p.11).

A manutenção da actividade, e de uma vida repleta de interesses oferece aos indivíduos idosos algumas mais-valias para o seu processo de integração social. Cabrita referindo-se ainda às características de envelhecimento activo salienta que isto "...implica uma participação dos idosos em actividades económicas, sociais, espirituais, culturais e de cidadania...assim podem sentir-se úteis e melhorar a sua qualidade de vida, se continuarem a desenvolver actividades e a participar activamente oferecendo o seu contributo à sua família, à sua comunidade e aos seu país." (Cabrita, 2003, p.17).

Ainda neste contexto, o Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas promove em três áreas, que considera essenciais, a actividade do idoso: "...promoção de um envelhecimento activo, ao longo de toda a vida; maior adequação dos cuidados às necessidades específicas das pessoas idosas;

promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas.” (Portugal, 2004, p.13).

<b>Dimensão Social do Estudo</b>			
<b>Categoria 4 – Capacidade económica</b>			
<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de Significação</b>	<b>Freq</b>	<b>%</b>
<b>Auto-suficiência</b>	- “A minha reforma dá para as despesas, dá para comer e para pagar as despesas da casa.” – E9	<b>1</b>	<b>20</b>
<b>Dificuldade/dependência de terceiros</b>	<p>- “O que me custa é estar dependente.” – E1</p> <p>- “...não tinha dinheiro para comprar a receita...me disse para ir à assistência social ...o apoio que tenho é aqui do projecto.” – E4</p> <p>- “Qual é assistência que me dão? Nenhuma! ... só tenho o rendimento mínimo...sem dinheiro, sem nada. Quero ir beber um cafezinho, quero ir aqui, quero ir de autocarro...isso tudo fechou-se.” – E7</p> <p>- “...já pedi para me arranjam uma casa...fico com nove euros. É o que me sobra, são nove euros.” – E10</p>	<b>4</b>	<b>80</b>
<b>Total</b>		<b>5</b>	<b>100</b>

O grupo de entrevistados em estudo apresenta grandes dificuldades económicas. Só 2 dos entrevistados referem ser auto-suficiente, com capacidade económica que dá resposta às suas necessidades, auferindo de uma reforma que é

suficiente. No entanto, temos de ter em conta que é um entrevistado com um contexto familiar muito específico, vivendo com familiares directos (filhos) e que as despesas da casa são partilhadas. Este entrevistado não tem unicamente a seu cargo as despesas com habitação e alimentação. De notar que 8 dos entrevistados em estudo refere grandes dificuldades económicas, como salientam "...a minha reforma, que não dá para quase nada." – E10 e também "...sem dinheiro, sem nada, quero ir beber um cafezinho, quero ir aqui, quero ir de autocarro..." – E7 e ainda "...recebo duzentos e noventa euros de reforma." – E8.

Todos estes utentes dependem de forma directa ou indirecta do apoio da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, mesmo os que se encontram em domicílio próprio. É a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa que lhes faculta apoio directo na alimentação, terapêutica e higienização do espaço. A situação vivida pelo entrevistado 10 é a mais precária a nível de liberdade económica e de grandes dificuldades: " Uma miséria, recebo duzentos e vinte e três euros de reforma...mais oitenta e dois euros desta doença, que me dá o estado...pago a renda do quarto que são duzentos e cinquenta euros...fico com nove, nove euros. É o que me sobra, são nove euros." – E10

Segundo a pirâmide hierárquica de Maslow, relativa à satisfação, o ser humano só consegue ascender a nível satisfacional mais alto após ter realizado/satisfeito necessidades mais básicas. Não se pode convidar um ser humano que ascenda a um patamar de necessidades sociais ou de estima quando não tem as necessidades na área da fisiologia (fome, sede, abrigo, sexo e outras necessidades corporais) ou da segurança (segurança e protecção contra danos físico e/ou morais) satisfeitas. Fernandes refere que "...qualidade de vida terá a ver para alguns, com a capacidade de satisfação das suas necessidades humanas básicas, para outros com a oportunidade de alcançarem um estado de felicidade e de realização pessoal mais espiritual, para outros ainda com a escolha do caminho de inter ajuda aos mais novos através da sua preciosa experiência acumulada." (Fernandes, 1996, p.10).

Dimensão Social do Estudo			
Categoria 5 – Conhecimento da doença			
Subcategorias	Unidades de Significação	Freq	%
Forma como descobriu estar doente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- "...encontrou-me caído, tinha-me dado uma trombose...faz três anos que tenho esta doença." – E1</li> <li>- "...vi que não via do olho direito e fui ao Egas Moniz... fiquei internado, foi quando soube o que tinha." – E2</li> <li>- "...levou-me lá ... não sei quem foi..." – E3</li> <li>- "...fui ao médico porque apanhei uma infecção no pescoço e no corpo...mandou-me fazer umas análises e saiu positivo...foi em noventa e quatro..." – E4</li> <li>- "Sentia várias coisas...qualquer coisa esquisita..." – E5</li> <li>- "...a Dr.ª Y dizia-me e a Dr.ª X, do Egas Moniz também...tenho de ter muito cuidado..." – E6</li> <li>- "...caí de repente no chão... uma quebra. Fiquei internado...já há quase 3 anos... quem me disse foi a minha família." – E7</li> <li>- "...já há bem para mais de dez anos... o problema da diarreia e mandou-me fazer exame à SIDA e deu positivo ... estive um ano e tal com diarreia." – E8</li> <li>- "...foi qualquer coisa que me aconteceu...depois mandaram-me fazer análises e ao fim de um ano é que eu soube que tava doente... recordo-me da tuberculose." – E10</li> </ul>	9	32,1

Dimensão Social do Estudo			
Categoria 5 – Conhecimento da doença			
Subcategorias	Unidades de Significação	Freq	%
Não Suspeitava estar doente com HIV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “O mal acontece sempre aos outros.” – E1</li> <li>- “Não sabia o que tinha, não desconfiava.” – E2</li> <li>- “Estava a pensar que era uma infecção...não fazia ideia do que era...” – E4</li> <li>- “Eu já tinha mas não sabia...não suspeitava de nada.” – E8</li> <li>- “Não sabia. Depois é que ...disseram-me que eu tinha o vírus...” – E10</li> </ul>	5	17,8
Suspeitava em estar doente com HIV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Sim desconfiava, mas não tinha toda a certeza.” – E5</li> </ul>	1	3,5

Dimensão Social do Estudo			
Categoria 5 – Conhecimento da doença			
Subcategorias	Unidades de Significação	Freq	%
<b>Sem conhecimentos sobre a doença/ Informações incorrectas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Eu ignorava tudo isto...estava mal informado do que era esta doença... desde que a pessoa seja asseada e tenha um mínimo de condições de vida...pronto...não se transmitia.” – E1</li> <li>- “Não, não... julguei que não era fácil apanhar.” – E2</li> <li>- “Não tenho, não sei.” – E3</li> <li>- “Não fazia ideia do que era ...nunca pensei na vida que pudesse apanhar.” – E4</li> <li>- “Não sabia nada, não percebia nada daquilo...era simplesmente doença que é incurável. Eu nunca descobri mais que isso...” – E5</li> <li>- “Transmite-se através do beijo... não procurei...” – E8</li> <li>- “Não sei o que é aquilo...que eu nunca tive nada dessas coisas.” – E9</li> <li>- “...era coisa que eu não ligava, ouvia falar mas não ligava a nada disso.” – E10</li> </ul>	<b>8</b>	<b>28,5</b>



Dimensão Social do Estudo			
Categoria 5 – Conhecimento da doença			
Subcategorias	Unidades de Significação	Freq	%
Algum conhecimento sobre a doença/ Informações correctas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Eu ia muito pela parte das drogas...tinha a mania que esta doença vinha através da droga.” – E1</li> <li>- “Quem ia com as mulheres da rua podia apanhar a doença... sabia que um gajo que andava com as mulheres da rua...” – E4</li> <li>- “...a natureza do homem, vai responder ao sangue...e a apanhar no sangue vai alastrar... há mulheres que podem ter a febre...a mulher não vai dizer que está doente.” – E6</li> <li>- “...ter relações sexuais com mulheres, com homens...meter-se com uma pessoa que já tenha.” – E8</li> <li>- “Aos poucos é que fui sabendo o que era esta doença...pois eu sabia que era através das drogas ou relações sexuais.” – E10</li> </ul>	5	17,8
Total		28	100

### Categoria 5 – Conhecimento da doença

A amostra populacional por nós escolhida desconhecia na sua totalidade tratar-se de HIV, quando surgiram as primeiras complicações de saúde. Nove dos dez inquiridos referem situações de saúde que se instalaram de forma súbita, sem aviso prévio e que os levou a recorrer aos serviços hospitalares: “...vi que não via do olho direito e fui ao Egas Moniz... fiquei internado, foi quando soube o que tinha.” – E2 e ainda “...foi qualquer coisa que me aconteceu...depois mandaram-me fazer análises

e ao fim de um ano é que eu soube que tava doente... recordo-me da tuberculose.”

– E10

O surgimento destes primeiros sintomas ou situações de doença foram o primeiro despontar e o primeiro indicador de que algo estaria menos bem com a sua saúde, sempre associados a outras situações patológicas que não o HIV. Segundo Kamal Mansinho, “Normalmente o doente idoso é um doente que tem múltiplas patologias, é muito apelativo, espera de nós mais do que aquilo que lhe podemos dar e está internado quase sempre por uma complicação de uma patologia, de uma outra patologia crónica, do que do VIH, que se enxertou ali e portanto...ele está muito mais aflito com a falta de ar, que precisa de resolver, ou com o edema nos membros inferiores que precisa de resolver, do que pela infecção por VIH, que nos leva muitas vezes a questionar sobre os seus antecedentes sexuais, epidemiológicos.” (Entrevista – Março 2007 – Anexo 2).

Este facto reforça o enquadramento teórico desenvolvido onde foi apontado que o diagnóstico de HIV/SIDA acontecia nos meios hospitalares como consequência de outra patologia. Como refere ainda Kamal Mansinho, “Já o mundo acaba de ruir para uma pessoa que se confronta com o diagnóstico, quanto mais deixa-lo entregue a si próprio, ou a qualquer coisa de que ele não faz muito bem ideia ... o que é que se diz a uma pessoa de sessenta anos, que tem uma infecção por VIH, que é rural e para quem a informação sobre o VIH não chegou? Ele tem uma ideia de umas coisas, que ele próprio nem sequer sabe muito bem. É que nem todas as pessoas estão ainda informadas e nem a todas as pessoas podemos passar uma brochura para a mão e dizer-lhe: “olhe leia-a”: porque mesmo alguns não saberão ler e outros mesmo que leiam, o grau de complexidade daquela descrição não lhes diz nada, e portanto, a prevenção vai passar muito na relação pessoa a pessoa. E essa prevenção vai cimentar os comportamentos futuros, porque se a pessoa se sentir minimamente segurizada irá voltar quando tiver dúvidas, se lhe for dito: “olhe tem de ir à sua consulta de infecto”: para quem tem sessenta anos, que recuperou, por exemplo de uma pneumonia, o VIH foi um epifenomeno daquele internamento, e enquanto se sentir bem não vai procurar assistência e depois vai procurar assistência numa primeira infecção oportunista mesmo, e aí estará em maior risco de mortalidade, de complicações: e se for sexualmente activo, continuara a transmitir, ou à sua parceira ou aos contactos sexuais ocasionais que for tendo: e se

calhar sem ter tido consciência da doença, porque nós fomos incapazes de lhe transmitir essa consciência.” (Entrevista – Março 2007 – Anexo 2).

Das entrevistas efectuadas, 5 casos, nesta categoria, refere não ter tido conhecimento ou suspeita de estar infectado, antes de ter sido internado ou recorrer a um serviço hospitalar. Só um entrevistado refere ter suscitado antes de lhe ter sido efectuado o despiste ao HIV.

O grupo em estudo em estudo, na sua maioria não possuía informações, ou possuíam informações incorrectas sobre o HIV. De salientar que esta informação será a informação anterior ao período antes de se saberem infectados com HIV. Na sua generalidade a informação que detinham baseava-se em situações como “As pessoas que se drogavam é que transmitiam... e a parte higiénica. Desde que a pessoa seja asseada e tenha um mínimo de condições de vida.... Pronto... não se transmitia.” – E1 e também, “Não, não...não. Era coisas que eu não ligava.” – E10 e ainda “Não sabia nada, não percebia nada daquilo...era simplesmente doença que é incurável. Eu nunca descobri mais que isso...” – E5.

Dos utentes que referiram possuir alguma informação esta é baseada em informações gerais e muitas vezes não são bem fundamentadas, como é a situação de “...a natureza do homem, vai responder ao sangue...e a apanhar no sangue vai alastrar... há mulheres que podem ter a febre...a mulher não vai dizer que está doente.” – E6. No entanto, existe a percepção da existência da doença e que a mesma se pode transmitir através de relações sexuais e também pelo uso de drogas.

Concluimos que na sua generalidade não havia informação relativamente à doença e às formas de transmissão e mesmo a informação que 5 entrevistados referiram ter fundamenta-se em linhas abrangentes, por vezes pouco claras. Segundo refere Kamal Mansinho, “...cabe-nos a nós, todos, tomar consciência desta realidade, perceber que é uma realidade... isto é um alvo móvel, não é um alvo fixo. Como alvo móvel que é nós vamos ter de acompanhar a formação de todos nós, nas várias áreas, nas várias dimensões, porque não é verdade que o enfermeiro, ou o médico, ou o assistente social, que trabalha numa especialidade cirúrgica, tem de saber menos sobre estas doenças do comportamento do que aquele que trabalha

numa enfermaria de uma medicina ou numa enfermaria de doenças infecciosas, ou num centro de saúde, não é verdade! Cada vez mais isto é menos verdade. Uns terão maior experiência, porque passaram a lidar todos os dias, mercê da população que servem, mas se os outros não tiverem adquirido algumas competências em lidar com isso, estarão deixar passar oportunidades que profissionalmente lhes compete gerir bem e orientar bem...” (Entrevista – Março 2007 – Anexo 2).

Dimensão Social do Estudo			
Categoria 6 – Percepção de como se infectou			
Subcategorias	Unidades de Significação	Freq	%
Isola o momento da infecção	- “Andei com muitas mulheres... ia sempre com moças limpas e asseadas.” – E1	7	36,8
	- “Tinha duas mulatas, suponho que foi por aí...gostava muito de pretas.” – E2		
	- “...andava com mulheres...mulher é o meu ponto fraco...todas as semanas (procurava prostitutas).” – E4		
	- “...era um grande vadio, foi assim que apanhei isto...andava na <i>coboiáda</i> , nessas casas onde param as mulheres...eu ia sempre.” – E5		
	- “...era uma pessoa que eu tinha há 15 anos e tinha muita confiança... parecia que vendia saúde.” – E7		
	- “Metia-me com algumas delas, foi uma que me pegou...foi uma delas que me pegou.” – E8		
	- “...simplesmente foi por gostar de mulheres...tinha mais de uma mulher ...pensei que aquilo acontecia aos outros e nunca me acontecia a mim.” – E10		

Dimensão Social do Estudo			
Categoria 6 – Percepção de como se infectou			
Subcategorias	Unidades de Significação	Freq	%
Nega ter HIV	<p>- "...fui algumas vezes mas nunca apanhei nada...nunca apanhei nada graças a Deus...eu nunca apanhei não posso dizer... já fiz muitos (exames) nunca acusou nada ...o meu sangue nunca apanhou nada." – E3</p> <p>- "...eu até o dia de hoje, é por isso que evito...a minha natureza é uma natureza rija...veio tudo a responder que eu era diabético." – E6</p> <p>- "...não eu nunca tive...tive sorte...tive muita sorte... fomos lá (casa de prostitutas) quatro e só aquele é que apanhou...eu nunca tive nada dessas coisas." – E9</p>	3	15,7

Dimensão Social do Estudo			
Categoria 6 – Percepção de como se infectou			
Subcategorias	Unidades de Significação	Freq	%
Teve comportamentos de risco	- “la sempre com moças limpas e asseadas...as raparigas que estavam na droga e eu sabia, eu não fazia sexo com elas...para mim era tudo uma questão de asseio...” – E1	9	47,3
	- “Se fosse caro não ia... se não havia camisa ia na mesma...as vezes era com camisa outras vezes era sem camisa.” – E3		
	- “Usava álcool, abusava um bocado. Era mais quando estava sob o efeito do álcool... não, não usava...nunca usei...não gostava.” – E4		
	- “...bebia muita cerveja...andava na <i>coboiáda</i> ...não, não, nunca (uso do preservativo).” – E5		
	- “Eu nunca usei (preservativo) ...nem é preciso.” – E6		
	- “...o último não, que era uma pessoa que eu tinha há quinze anos e tinha muita confiança (não usava preservativo).” – E7		
	- “Meti-me com algumas delas...preservativo eu não gosto...” – E8		
	- “As mulheres estavam todas à volta e nós escolhíamos.” – E9		
	- “...pronto era um bêbado...um alcoólico... não...nunca, nunca (uso de preservativo).” – E10		
Total		19	100

## **Categoria 6 – Percepção de como se infectou**

Da população em estudo, e na categoria relativa à percepção de como se infectou, 7 dos entrevistados conseguem isolar as circunstâncias em que se infectaram, mencionando as relações sexuais como principal veículo da transmissão. Foram também na sua maioria relacionamentos heterossexuais com prostitutas que desencadeou, segundo os inquiridos, a infecção por HIV. Só existiu uma transmissão por relações homossexuais e que, segundo o entrevistado, era uma relação monogâmica.

De salientar que 3 entrevistados do grupo de 10, nega ter HIV. São os entrevistados mais idosos que rejeitam mencionar o estar doentes com HIV. Salientam, a nível de sentimentos e de vivência que são indivíduos com sorte e que apesar de várias idas aos serviços de saúde e dos inúmeros testes que lhes foram efectuados nunca lhes foi diagnosticado nada. O entrevistado 6 e 9 referem ter outros problemas de saúde, como seja a diabetes e dificuldades circulatórias, mas são as únicas situações de saúde que os entrevistados referem.

Os idosos têm de facto uma dificuldade acrescida em abordar situações que se relacionem com a sexualidade e muito em particular a sua sexualidade. O entrevistado 9 vive com familiares (filhos) e mesmo estes, apesar de estarem informados do seu diagnóstico, nunca sentiram por parte do entrevistado abertura e possibilidade de falar sobre esta temática. Na situação específica destes três entrevistados penso que a ideia subjacente à sua recusa e negação em relação ao diagnóstico está estreitamente relacionada com o facto desta ser uma doença sexualmente transmissível.

Teria que existir a aceitação e expor o facto de que teriam tido relacionamentos sexuais de risco, o que para estes entrevistados, no seu contexto, é excessivamente difícil e complexo, "...não eu nunca tive...tive sorte...tive muita sorte... fomos lá (casa de prostitutas) quatro e só aquele é que apanhou...eu nunca tive nada dessas coisas." – E9 e ainda "...fui algumas vezes mas nunca apanhei nada...nunca apanhei nada graças a Deus...eu nunca apanhei não posso dizer... já fiz muitos (exames) nunca acusou nada ...o meu sangue nunca apanhou nada." – E3.

Quanto aos comportamentos de risco, 9 entrevistados assumem ter tido esse tipo de atitude. A grande maioria refere não ter usado o preservativo nas relações sexuais que mantinha, e há também um número considerável de entrevistados que refere o facto de serem consumidores excessivos e habituais de álcool, ficando mais desinibidos nessas alturas; ““Usava álcool, abusava um bocado. Era mais quando estava sob o efeito do álcool... não, não usava (preservativo)...nunca usei...não gostava.” – E4 e ainda “...bebia muita cerveja...andava na *coboiáda*...não, não, nunca (uso do preservativo).” – E5. Foi dado ênfase na contextualização teórica ao facto de o abuso do álcool levar à tomada de comportamentos de risco devido à desinibição associada ao mesmo.

Kamal Mansinho refere que existem outros factores associados e para os quais não estamos ainda muito despertos: “ele diz-me assim “Oh doutor aos setenta sem preservativo já é difícil e o senhor diz-me que tem de ser com preservativo.... E não é possível.” Dizia-me ele. Isto é a verdade do quotidiano...” (Entrevista – Março 2007 – Anexo 2).



Dimensão Social do Estudo			
Categoria 7 – Atitude face à doença			
Subcategorias	Unidades de Significação	Freq	%
Conhece medidas preventivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- "...a melhor prevenção é a gente não se amandar para o poço... tirando o preservativo não conheço mais nenhuma...só o preservativo." – E1</li> <li>- "Usa-se camisa..." – E2</li> <li>- "Evitar a doença é usar a camisinha... prostituição, drogas..." – E4</li> <li>- "...só agora é que sei (uso do preservativo) ...uma pessoa vai descobrindo aos poucos." – E5</li> <li>- "É não ter mulheres..." – E6</li> <li>- "...isso sei... (uso do preservativo) ...prevenirem sempre, preservativo ou..." – E7</li> <li>- "...para se evitar é o preservativo." – E8</li> </ul>	7	58,3
Adopta medidas preventivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- "Nunca mais tive relações com ninguém...não quero para os outros o que eu tenho..." – E8</li> <li>- "Quando conheci a minha mulher tinha cuidado, ainda hoje tenho...uso o preservativo. Evito muitas vezes ter relações com ela. Tem meses que não tenho nada com a minha mulher." – E10</li> </ul>	2	16,6 %

<b>Dimensão Social do Estudo</b>			
<b>Categoria 7 – Atitude face à doença</b>			
<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de Significação</b>	<b>Freq</b>	<b>%</b>
<b>Mantem comportamentos de risco</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- "...não com ela não (se vai usar preservativo) ...então é uma mulher que é..." – E3</li> <li>- "Agora tem uma amiga... também é seropositiva." – E4</li> <li>- "Eu não...nem é preciso, porque eu não uso. Se eu não quero de boa mão, de má mão também não vale a pena." – E6</li> </ul>	<b>3</b>	<b>25</b>
<b>Total</b>		<b>12</b>	<b>100</b>

### **Categoria 7 – Atitude face à Doença**

Dos nossos 10 participantes em estudo, 7 casos refere ter conhecimentos na área da prevenção. No entanto, é importante salientar que estes conhecimentos surgiram após conhecimento do diagnóstico. Os entrevistados referem também maior sensibilização para a temática do HIV/SIDA após terem tido conhecimento da sua situação de saúde: " Eu estava mal informado do que era esta doença...afinal isto transmite-se com muita facilidade." – E1 e ainda "...só agora é que sei (uso do preservativo) ...uma pessoa vai descobrindo aos poucos." – E5. No entanto 3 dos entrevistados, nesta categoria refere ainda manter comportamento de risco, nomeadamente não usarem o preservativo nos seus contactos sexuais, "Eu não...nem é preciso, porque eu não uso. Se eu não quero de boa mão, de má mão também não vale a pena." – E6.

Dos entrevistados que mencionaram manter a mesma atitude, relativamente aos comportamentos de risco, dois deles fazem parte do grupo que nega ser portador de HIV. Unicamente 2 entrevistados referem usar o preservativo como método de

prevenção, bem como a abstinência sexual: “Quando conheci a minha mulher tinha cuidado, ainda hoje tenho...uso o preservativo. Evito muitas vezes ter relações com ela. Tem meses que não tenho nada com a minha mulher.” – E10 e ainda “Nunca mais tive relações com ninguém...não quero para os outros o que eu tenho...” – E8.

De salientar nesta categoria em análise de que o grande obstáculo à adopção de medidas preventivas inicia-se logo na negação do diagnóstico. O idoso masculino, portador de HIV vê o uso do preservativo como algo incómodo, que não é necessário. O uso do preservativo é também para alguns idosos sinónimo de aceitação de que algo não está bem com a sua saúde, o que é expresso de forma muito clara por um dos entrevistados; “e quando tinha, tinha muito cuidado...quando conheci a minha mulher tinha muito cuidado, ainda hoje tenho...ela estranha muito, claro. Começou a estranhar desde que me conheceu e estranha, ainda hoje estranha...” – E10.

A adopção de medidas de prevenção por parte deste entrevistado são percepcionadas como estranhas pela sua nova companheira (entrevistado casou com esta companheira em Abril de 2006), visto esta não ser uma relação ocasional, o que deixaria subjacente a não necessidade do uso do preservativo. Os idosos com HIV têm particularidades únicas e que exigem por parte dos técnicos, que com eles interagem, uma postura adequada às suas necessidades, sejam elas informativas, sejam de acompanhamento. Segundo Kamal Mansinho, “...a abordagem ao idoso deve ser diferente, deve tomar muito mais em consideração como é o depois. Perceber como foi o antes, porque isso pode-nos ajudar a dar algumas orientações, mas não centrar aí, centrar no depois. E essa é uma particularidade para a qual devemos estar atentos.

Tradicionalmente, pela formação que todos nós temos em relação à infecção por VIH, lidamos com o idoso como lidamos com a infecção por VIH no indivíduo sexualmente activo e adolescente, não quer dizer que o idoso não tenha, mas para ele a dimensão dos problemas é outra...” (Entrevista – Março 2007 – Anexo 2).

Dimensão Social do Estudo			
Categoria 8 – Opinião sobre os profissionais			
Subcategorias	Unidades de Significação	Freq	%
Competentes/Atenciosos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Somos bem tratados, não falta nada ... mais as Doutoradas e as pessoas de responsabilidade por cá.” – E2</li> <li>- “Sou bem tratado por toda a gente ...que também trato toda a gente com respeito.” – E3</li> <li>- “O médico tentou consolar-me... dizer que havia gente seropositiva há dezoito anos...os responsáveis são muito bons ... foi minha salvação.” – E4</li> <li>- “É uma grande ajuda...eles tratam a gente bem...” – E5</li> <li>- “Foi uma médica impecável...mais do que humana, mais do que a minha querida mãe.” – E6</li> <li>- “No hospital tive uns ricos médicos e enfermeiros...muito bons...” – E8</li> <li>- “Tenho sido bem tratado...quando estou internado é toda a gente minha amiga. Eu faço parte da mobília da casa...” – E10</li> </ul>	7	53,8

Dimensão Social do Estudo			
Categoria 8 – Opinião sobre os profissionais			
Subcategorias	Unidades de Significação	Freq	%
Mal formados	<p>- “Elas têm de pensar que nós somos humanos, as vezes com mais formação do que elas... deveriam ter uma formação muito maior e estar muito mais informadas sobre isto... é quanto à parte mais baixa dos funcionários.” – E1</p> <p>- “...elas (empregadas) não querem é fazer nenhum.” – E2</p> <p>- “As vezes aqui as empregadas há bom e há ruim, há ruim e há bom... tratam mal as pessoas no falar, nós não somos bichos, somos gente de carne e osso como elas...” – E3</p> <p>- “O médico enganou-me... não me queria dar a surpresa de uma vez...” – E4</p> <p>- “...ela (assistente social) negou-me tudo... eu disse, nem que pegue a <i>estrebuchar</i>, não é você que tira o dinheiro para dar aos velhotes e assim... não me ajudou nada... tudo o que era bom as empregadas começaram a arrumar nuns sacos e deram-me uma sopa... nunca mais.” – E6</p> <p>- “Têm sido muito maus para mim. Está tudo mal lá. Não têm e não podem, nem o dinheiro para o autocarro, fez-me vir a pé até casa... tudo é um cinismo. Isto está muito mau. Ainda há muita maldade, infelizmente...” – E7</p>	6	46,1
Total		13	100

## **Categoria 8 – Opinião sobre os profissionais**

Dos 10 participantes em estudo, 7 dos entrevistados referiram sentir-se bem tratados sempre que se deslocam aos serviços de saúde ou quando requerem apoio de algum técnico. Estes inquiridos mencionam essencialmente profissionais como sejam os médicos e os enfermeiros, como sendo os técnicos que têm uma atitude mais correcta e mais próxima, quer essa atitude seja a comunicação do diagnóstico, quer seja em contexto de internamento; “O médico tentou consolar-me... dizer que havia gente seropositiva há dezoito anos...os responsáveis são muito bons ... foi minha salvação.” – E4 e ainda “No hospital tive uns ricos médicos e enfermeiros...muito bons...” – E8 e também “Somos bem tratados, não falta nada ... mais as Doutoradas e as pessoas de responsabilidade por cá.” – E2.

No entanto 6 dos entrevistados, nesta categoria, refere a má formação dos técnicos e as dificuldades relacionais, como algo muito concreto e constante, não se limitando a casos isolados. A maioria dos entrevistados que apresenta esta opinião encontra-se institucionalizado e é possível que o grau de proximidade leve a este tipo de sentimentos, havendo uma excessiva familiaridade, quer por parte dos técnicos, quer por parte dos entrevistados.

Este grupo de entrevistados refere que a má formação é essencialmente no grupo de auxiliares e de ajudantes, e salientam de maneira muito concreta que essa formação é, quer na área relacional, quer no conhecimento e na preparação técnica. Salientando ainda algumas das posições encetadas por Kamal Mansinho, “...quanto mais nova é a população dos profissionais que trabalha na enfermagem, menor é a sensibilidade que nós temos relativamente a alguns cuidados que o idoso espera que tenhamos e que para nós são banais: esse é logo um primeiro motivo de inquietação do idoso, isto é, se para pessoas da sua geração ou mais ou menos novas, destapá-lo enquanto está despido ao fazer-lhe a higiene sem puxar o cortinado, fará sempre, causará sempre algum embaraço, no idoso isto pode ter consequências devastadoras. Eu estou-me a lembrar do que os idosos me diziam muitas vezes no banco quando os despíamos para eles ficarem com a bata e ficarem internados. O que eles se sentiam era despidos, “então vão-me tirar roupa toda?”. Para nós era uma rotina pormos-lhe uma bata, e até ficaria mais confortável

por acaso. Esta diferença de comunicação entre uma geração muito nova e os valores que nós transportamos e aquilo que temos de preservar no idoso...” (Entrevista – Março 2007 – Anexo 2).

Baseando-se em anos de experiência e sendo confrontado diariamente com questões que para muitos de nós são meros substratos teóricos, Kamal salienta ainda que, “É nossa obrigação, enquanto profissionais na área da saúde, sobretudo nesta área em que o acesso à informação está quase ao toque do botão, procurarmos actualizar-nos, em programas de formação as pessoas. Por outro lado há aqui uma modificação imensa em relação às expectativas da própria comunidade, em relação ao que o profissional de saúde pode fazer. Já lá vai o tempo em que as separações entre as doenças médicas, cirúrgicas e dentro de cada uma delas as infecciosas e as não infecciosas estavam muito compartimentadas, isto é, o doente hoje entra porque tem uma hepatite, ou uma apendicite e precisa de ser apendicectomizado e faz parte da cirurgia, do pré operatório, pedir uma serologia. O problema é que nós não fizemos, ou não estivemos atentos à formação dos profissionais que estão na especialidade cirúrgica, de como devem lidar, se de alguma forma chegar um resultado positivo, ou negativo. Isto é, a melhor oportunidade que nós temos de fazer prevenção primária é aproveitar o momento de um teste negativo. Quando vem positivo temos de minimizar as consequências, mas quando vem negativo podemos reforçar mensagens de prevenção. Neste contacto que uma pessoa da comunidade teve com o pólo assistencial e esta oportunidade é uma oportunidade privilegiada. Fomos em determinados momentos muito *hospitalistas* na nossa dimensão da doença...” (Entrevista – Março 2007 – Anexo 2).

## **12.5 – GRELHA DE ANÁLISE DE DADOS – DIMENSÃO PSICOLÓGICA DO ESTUDO**

Depois de ter-mos analisado múltiplas perspectivas sociais dos vários idosos masculinos, portadores de HIV e que residem em Lisboa, passamos agora a analisar uma outra dimensão, a psicológica. São múltiplos os sentimentos e as perspectivas relativas ao futuro vivenciadas por esta população. Vamos de seguida explorar e analisar esta dimensão com base naquilo que foi exposto pelos vários entrevistados.

Dimensão Psicológica do Estudo			
Categoria 1 – Fase/Forma como lida com a doença			
Subcategorias	Unidades de Significação	Freq	%
<b>Negação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Não, não me dizem a doença...e eu nem pergunto...nunca tive problemas nenhuns...sempre bem...sempre bem... o meu sangue nunca apanhou nada.” – E3</li> <li>- “...não, isso não... a pessoa pelo que ouve na televisão a pessoa evita.” – E6</li> <li>- “Não não, nunca...tive sorte, tive muita sorte...que eu nunca tive nada dessas coisas.” – E9</li> </ul>	<b>3</b>	<b>20</b>
<b>Revolta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “A coisa já cá está. Hoje não sou o mesmo. Para que trabalhei eu tanto?” – E1</li> <li>- “Era desaparecer...” – E2</li> <li>- “Agora já é tarde...” – E4</li> <li>- “Já estraguei a minha vida...qual é o futuro com esta idade? Conforme o que era já não é mais...” – E5</li> <li>- “...estou com uma crise muito nervosa... retirar-me de tudo...não me sinto, não sou mais...” – E7</li> <li>- “Eu nunca me tinha metido em trabalhos, drogar-me ou essa brincadeira assim...nunca me meti em nada disso...” – E10</li> </ul>	<b>6</b>	<b>40</b>



Dimensão Psicológica do Estudo			
Categoria 1 – Fase/Forma como lida com a doença			
Subcategorias	Unidades de Significação	Freq	%
<b>Aceitação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Eu não aceitei, não queria aceitar. Tentei suicidar-me mas não deu nada. Andei sempre a esconder... escondia de toda a gente...” – E2</li> <li>- “Fiquei triste, foi um choque...” – E4</li> <li>- “Triste e grande triste. Sentia vergonha, sentia vergonha... não tenho futuro...” – E5</li> <li>- “Conformei-me com Deus. Entreguei-me a Deus... penso que fui castigado...” – E7</li> <li>- “Foi um choque muito grande, chorei muito. Foi um balde de água fria.” – E8</li> <li>- “Tive que me conformar... a minha mulher também...sujeitou-se... custou-me muito, mas tive de me conformar...” – E10</li> </ul>	<b>6</b>	<b>40</b>
<b>Total</b>		<b>15</b>	<b>100</b>

### **Categoria 1 – Fase/Forma como lida com a doença**

Faz parte de um processo normal a passagem por diversas fases quando se é confrontado com um diagnóstico inesperado, ou quando estamos a vivenciar uma situação de crise. O ser humano passa por diversas etapas até chegar à aceitação. No entanto, este mecanismo psicológico não é linear, muitas vezes estas etapas estão imiscuídas, não se conseguem isolar, entrelaçam-se e confundem-se. É normal a ambiguidade de sentimentos, de vivências destas diversas fases.

No grupo em estudo fomos confrontados com essa mesma realidade. De notar que 3 do total do grupo de 10 em estudo vivenciam ainda uma fase de negação da sua doença, sendo 2 que expressam fortemente esses sentimentos nesta categoria de avaliação. A negação é sempre feita num contexto referencial com a sua saúde, “Não não, nunca...tive sorte, tive muita sorte...que eu nunca tive nada dessas coisas.” – E9 e ainda “ ...já fiz muitos (exames médicos), nunca acusou nada...apanhei um esquentamento...tomei uns comprimidos.” – E3 e também “...eu ouvi sobre essas doenças, mas já se sabe...sendo um homem esperto não vai...não, isso não... a pessoa pelo que ouve na televisão a pessoa evita.” – E6.

Muitos dos inquiridos, 6 casos, refere ter passado por sentimentos de revolta. Aliás, muitos ainda vivenciam e expressam de certa forma esses mesmos sentimentos, a par dos sentimentos relativos à aceitação da sua situação de saúde, “...porque eu nunca me tinha metido em trabalhos...drogar-me ou essa brincadeira assim...nunca me meti em nada disso...” – E10 e ainda “Já estraguei a minha vida...qual é o futuro com esta idade? Conforme o que era já não é mais...” – E5 e também “A coisa já cá está. Hoje não sou o mesmo...tenho de andar de cadeira de rodas... Para que trabalhei eu tanto?” – E1. Por todo o contexto associado ao estar doente, dependente e ao estigma associado a esta doença os utentes manifestam dificuldades a nível dos sentimentos de aceitação, que como já referimos são ambíguos, relativamente aos de revolta, e difíceis de isolar. “Conformei-me com Deus. Entreguei-me a Deus... penso que fui castigado...” – E7 e ainda “Triste e grande triste. Sentia vergonha, sentia vergonha... não tenho futuro...” – E5. Os sentimentos de vergonha e castigo são sentimentos normalmente associados às doenças do comportamento.

Os entrevistados deixam perceber que a sociedade não vê com *bons olhos* esta doença, como, aliás, é expresso pelo entrevistado 10 quando refere que “...é que depois começam a ver a pessoa de outra maneira.”. O entrevistado 2 refere tentativa de suicídio como resposta à situação de saúde, “Eu não aceitei, não queria aceitar. Tentei suicidar-me mas não deu nada. Andei sempre a esconder... escondia de toda a gente...sabia que ia ser muito discriminado.” – E2, atitude também comum quando se é confrontado com uma doença terminal, perspectiva que muitos utentes têm relativamente ao HIV/SIDA, “...qual é o futuro com esta idade? Conforme o que era já não é mais...Espero o meu dia. Para mim já nada vale a pena, já vivi a minha

vida. Só tou à espera do dia...” – E5 e ainda, “Agora já é tarde...” – E4 e também, “...não me sinto, não sou mais...” – E7.

Dimensão Psicológica do Estudo			
Categoria 2 – Sentimentos vivenciados			
Subcategorias	Unidades de Significação	Freq	%
Marginalização/ Discriminação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “...é difícil, parece que a SIDA se tornou um negócio...quantos mais doentes houver, mais casas abrem, mais hospitais estão cheios...” – E1</li> <li>- “Meteu-se-me na cabeça que não era aceite. Punham as pessoas de lado. Eu ouvia-os falar disto e só sabiam dizer mal...” – E2</li> <li>- “...foi no dentista, e já estava sentado. Diz outro médico que este senhor era para o fim, levantei-me. Chamaram todos e saíram pela porta de trás e eu à espera...Senti por parte dos enfermeiros na consulta da vista, o meu frasco era particular...” – E4</li> <li>- “Sinto-me desprezado, desprezado... noto muitas vezes isso, vejo isso da própria família...é um desespero que tenho.” – E7</li> <li>- “...falam uns com os outros (família), a mim não me dizem nada.” – E8</li> <li>- “Directamente não dizem as coisas, mas dizem. Pelas costas dizem. Há pessoas que têm medo, uma pessoa ter HIV já pensam que é um coitadinho. Não gostam de ter pessoas no meu estado ali dentro. Começam a ver a pessoa de outra maneira.” – E10</li> </ul>	6	50

Dimensão Psicológica do Estudo			
Categoria 2 – Sentimentos vivenciados			
Subcategorias	Unidades de Significação	Freq	%
Isolamento/Solidão	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Tento transmitir alegria aos outros e eu ... não. Custa-me muito.” – E1</li> <li>- “Era desaparecer... queria acabar aqui” – E2</li> <li>- “...não tenho futuro...só tou à espera do dia em que Nosso Senhor me chama, só isso. Qual é o futuro com esta idade?” – E5</li> <li>- “Retirar-me de tudo... retirar-me de tudo... retirar-me de tudo... estou metido aqui (casa) há três anos... que não saio de casa...” – E7</li> <li>- “Quero estar sozinho...” – E8</li> <li>- “É muito pesado e para a minha mulher também...” – E10</li> </ul>	6	50
<b>Total</b>		<b>12</b>	<b>100</b>

### Categoria 2 – Sentimentos vivenciados

Da totalidade dos entrevistados, 6 casos manifestam já ter sido alvo de atitudes de marginalização, muito em especial por parte de técnicos de saúde. Segundo Sontag “ Tal como a sífilis, a AIDS é uma doença concebida como um mal que afecta um grupo perigoso de pessoas `diferentes` e que por elas é transmitido, e que ataca os já estigmatizados numa proporção ainda maior do que ocorria antes com o câncer e ocorre agora com a AIDS.” (Sontag, 1989, p.34).

Um trabalho de investigação desenvolvido por Marques e Oliveira revelaram que “...o significado da AIDS para esses sujeitos é fortemente marcado por elementos negativos, traz uma dimensão imagética associada à morte e reflete o

posicionamento dos sujeitos por emoções e atitudes como sofrimento, medo e preconceito.” (Marques e Oliveira, 2004, p.1). Os sentimentos mais comuns relativamente à marginalização e à exclusão tanto podem ter origem na família como na sociedade em geral, o que inclui os técnicos de saúde, como já foi referido; “Directamente não dizem as coisas, mas dizem. Pelas costas dizem. Há pessoas que têm medo, uma pessoa ter HIV já pensam que é um coitadinho. Não gostam de ter pessoas no meu estado ali dentro. Começam a ver a pessoa de outra maneira.” – E10 e ainda “...foi no dentista, eu já estava sentado. Diz outro médico que este senhor era para o fim, levantei-me. Chamaram todos e saíram pela porta de trás e eu à espera...Senti por parte dos enfermeiros na consulta da vista, o meu frasco era particular...” – E4 e também “Sinto-me desprezado, desprezado... noto muitas vezes isso, vejo isso da própria família...é um desespero que tenho.” – E7.

Não há uma distinção entre os entrevistados que se encontram institucionalizados e os que habitam em domicílio próprio. Em ambos os casos os sentimentos de marginalização e exclusão estão presentes, sem serem exclusivos de um grupo de entrevistado. Um outro sentimento dominante neste grupo é o sentimento de solidão e abandono, que não é mais do que outra forma de sofrimento. Segundo Nogueira, a solidão é um fenómeno social e individual, “É individual porque se refere à pessoa separadamente e é social, porque a pessoa é separada dos outros.” (Nogueira, 1996, p.55).

Já Neto refere que “ A solidão não é simplesmente o que se sente quando se está sozinho. Se podemos sentir a solidão quando estamos sozinhos, no caso de querermos estar com alguém, também se pode sentir quando estamos com outras pessoas.” (Neto, 1992, p.17). Ainda Nogueira salienta que “ A natureza do homem faz com que seja um ser para viver em comunidade e partilhar com o outro os factos da sua existência.” (Nogueira, 1996, p.55).

Os entrevistados vivem sentimentos de abandono e de desistência perante a vida, o futuro e os interesses sociais e familiares. Pode-se dizer que adoptam uma atitude de desistência perante tudo o que os rodeia, isolam-se e têm vidas rotineiras e áridas. Expressam sentimentos como; “Retirar-me de tudo... retirar-me de tudo... retirar-me de tudo... estou metido aqui (casa) há três anos... que não saio de casa...” – E7 e ainda “...não tenho futuro...só tou à espera do dia em que nosso

senhor me chama, só isso. Qual é o futuro com esta idade?” – E5 e também “Tento transmitir alegria aos outros e eu ... não. Custa-me muito.” – E1.

<b>Dimensão Psicológica do Estudo</b>			
<b>Categoria 3 – Expectativas</b>			
<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de Significação</b>	<b>Freq</b>	<b>%</b>
<b>Expectativas relativamente ao futuro</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Hoje não sou o mesmo. Tem sido pior agora que na altura. A coisa já cá esta...” – E1</li> <li>- “Quero acabar aqui...” – E2</li> <li>- “Agora já é tarde. Mudou muita coisa...sempre doente...” – E4</li> <li>- “Espero o meu dia. Para mim já nada vale a pena, já vivi a minha vida. Só tou à espera do dia...” – E5</li> <li>- “Penso muito na minha vida. Já é tarde, já é tarde. Tenho medo das pessoas...” – E7</li> <li>- “Quero estar sozinho...” – E8</li> </ul>	<b>6</b>	<b>46,1</b>

Dimensão Psicológica do Estudo			
Categoria 3 – Expectativas			
Subcategorias	Unidades de Significação	Freq	%
Projectos Presentes	- "...estou à espera das férias...olhe não sei se ele passou (filho de nove anos) ..." – E1	7	53,8
	- "...dei uma entrevista na televisão..." – E2		
	- "...é com a X, pois..." – E3		
	- "...agora tem uma amiga...também é seropositiva" – E4		
	- "...na minha casa estava mais à vontade...era outra coisa." – E5		
	- "...vou sempre jantar a casa dos meus irmãos...vou até ali ao Chile..." – E8		
	- "...já pedi para me arranjam uma casa...era ter a minha casinha, tar sossegado a um canto... acarinho a minha mulher e ela acarinha-me a mim" – E10		
<b>Total</b>		<b>13</b>	<b>100</b>

### Categoria 3 – Expectativas

Relativamente às expectativas, 6 dos entrevistados referem sentimentos negativos quanto à sua vivência. Como já referimos aliás na análise anterior, os entrevistados não apresentam, nem referem uma vivência presente positiva, com interesses e actividades; pelo contrário, sentem-se marginalizados e sós.

Esta perspectiva é um pouco oposta aos resultados que são obtidos na análise dos projectos presentes. De assinalar que 7 dos entrevistados referem algum

interesse, e estes são aos mais diversos “...já pedi para me arranjam uma casa...era ter a minha casinha, tar sossegado a um canto... acarinho a minha mulher e ela acarinha-me a mim” – E10 e ainda “...vou sempre jantar a casa dos meus irmãos...vou até ali ao Chile...” – E8 e também “...agora tem uma amiga...também é seropositiva” – E4. No fundo há uma ambivalência de sentimentos e de vivências.

O idoso masculino com HIV/SIDA não se consegue dissociar do facto de ter esta doença e sente a marginalização que está inerente a este facto, ao mesmo tempo tenta manter uma perspectiva de integração familiar, caindo num jogo de fingimento. Isto é particularmente notório e saliente nas palavras do entrevistado 10, “Directamente não dizem as coisas, mas dizem. Pelas costas dizem. Há pessoas que têm medo, uma pessoa ter HIV já pensam que é um coitadinho e ainda falam uns com os outros (família), a mim não me dizem nada.” – E8. O idoso tenta manter algumas actividades como seja participar em algumas actividades familiares, “...vou sempre jantar a casa dos meus irmãos...vou até ali ao Chile...” – E8, ou presente em algumas dinâmicas, “...estou à espera das férias...olhe não sei se ele passou (filho de nove anos) ...” – E1. Um dos entrevistados inclusivamente já deu entrevista para a televisão, o que denota uma grande aceitação da sua patologia e um conforto muito grande em abordar a temática, “...dei uma entrevista na televisão...” – E2.

Segundo refere Kamal Mansinho o idoso com HIV, “...recuperou do ponto de vista da sua saúde física e portanto pode ter projectos de vida, que envolvam outras pessoas, nomeadamente ter um relacionamento sexual com pessoas não infectadas. É preciso fazer uma prevenção também para os infectados, direccioná-la para os infectados. Porque depois há aqui uma série de crenças que se vão estabelecendo, quer porque a terapêutica é muito eficaz, mas apesar de tudo não cura, nem impede que a doença seja mortal. Há crenças que se vão estabelecendo na comunidade, que fragilizam as mensagens de prevenção, portanto, nós vamos ter que lidar com a evolução e o impacto que a terapêutica têm sobre os infectados, e vamos ter que acompanhar o discurso da prevenção relativamente a este fenómeno. O que as pessoas hoje pensam sobre a SIDA é “ Ah, afinal isto não é tão mau como era no passado.” E pode-se entrar um pouco na banalização e expor-se a mais riscos. E aí, eu penso que nos compete a nós, enquanto profissionais de saúde, re-centrar esta discussão e alertar para quem trabalha nas áreas de



prevenção que há aqui franjas que precisam de continuar a ser monitorizadas e cuja prevenção deve ser amplificada.” (Entrevista – Março 2007 – Anexo 2).

Após a apresentação dos dados colhidos e com base no referencial teórico pesquisado e delineado ao longo deste trabalho, iremos agora sintetizar as ideias principais e estruturar algumas propostas de intervenção que consideramos indispensáveis, senão mesmo urgentes, perante a realidade encontrada. Pensamos ser importante existir um trabalho multidisciplinar e mesmo multi-organizacional, porque só desta forma se poderão alcançar objectivos concretos, metas definidas e obter alteração de comportamentos e, implicitamente, a forma como a própria sociedade percepciona determinadas patologias, entendidas como marginais e estigmatizantes.

### **13 - CONCLUSÕES**

Chegamos ao fim do processo investigativo. Ao longo de todo este trajecto, que se mostrou árduo e nem sempre fácil, chegámos a algumas conclusões que vão de encontro à pesquisa bibliográfica efectuada e que reflectem a realidade da população idosa masculina com mais de 60 anos, portadora de HIV e que reside na área da cidade de Lisboa. A população em estudo é uma população muito heterogénea, não só a nível de idade mas também a nível de características raciais, bem como na orientação sexual, havendo 9 heterossexuais e 1 homossexual. No grupo estudado, 5 viviam no seu domicílio enquanto os restantes 5 encontram-se institucionalizado. O estudo foi efectuado em duas grandes dimensões; uma dimensão social, que pretende analisar e entender a realidade vivida por estes entrevistados e uma dimensão psicológica, que analisa e estuda os sentimentos, as vivências (em particular a marginalização) e expectativas futuras vividas por esta amostra.

Os entrevistados, que se encontram a viver em instituição, mencionam o contexto familiar como desencadeante de receio, ao mesmo tempo o desejo de não se tornarem um peso para a família: sendo estes os principais motivos que os levaram à institucionalização. A institucionalização surge como uma opção pessoal que procura resolver de alguma forma a sua situação social e familiar, mais do que uma necessidade relacionada com o grau de dependência física. São indivíduos que têm contextos familiares, na sua maioria, com filhos e netos. Nem todos os familiares e pessoas significativas partilham da sua realidade e das dificuldades que verdadeiramente os acerca, relativamente à patologia e dificuldades relacionadas. A maior parte dos entrevistados institucionalizados refere boas relações familiares e mesmo o interesse e participação da família nas dinâmicas do seu dia-a-dia, enquanto os entrevistados que se encontram a viver na sua residência referem, com frequência, afastamento e desinteresse por parte da família, e em alguns casos abandono e rejeição.

A maioria da nossa amostra refere dificuldades económicas muito acentuadas, havendo unicamente um entrevistado que refere não ter dificuldades económicas; sendo este no entanto um caso especial visto viver em contexto familiar, havendo a partilha dos gastos mensais com alimentação e sendo o entrevistado proprietário da sua moradia, não tendo de pagar renda a terceiros. Três dos nossos entrevistados (30% da amostra) negam ser portadores de doença crónica e infecciosa, mesmo quando existiram diversas abordagens com o intuito de facilitar uma abertura de diálogo.

A maioria da população em estudo depara-se com a doença de uma forma súbita. Sempre associada a um estado de doença ou de limitação. É de salientar que 9 dos entrevistados referiu não esperar o diagnóstico, unicamente um caso mencionou alguma desconfiança relativamente à possibilidade da infecção, antes de terem sido efectuados os exames de despiste. Também na área relativa ao conhecimento da doença e das atitudes de prevenção, a maior parte dos entrevistados desconhecia, quase na totalidade, esta doença, as suas implicações e atitudes preventivas. Há notoriamente um crescimento de conhecimento com a instalação da patologia, mas no entanto ainda persistem algumas ideias mal fundamentadas e distorcidas, bem como pouca sensibilização para a área da prevenção, apontando alguns dos entrevistados unicamente a abstinência como meio preventivo: pensamos, no entanto, que esta posição, relativamente à abstinência, estará relacionada com a ausência de vontade de viver e a tristeza inerente à condição da sua patologia.

Todos os entrevistados referem ter percepção do momento da infecção, não precisando, no entanto, o acontecimento, mas apontando as relações sexuais e os comportamentos adoptados com várias parceiras como o grande responsável pela transmissão da patologia. Assim, como conseguem isolar as circunstâncias de múltiplas parceiras como causa de infecção, os entrevistados também conseguem reconhecer a adopção de comportamentos de risco, tidos anteriormente, e que possibilitaram, conjuntamente com as múltiplas parceiras sexuais, a infecção por HIV. Conseguimos também apurar que 3 casos do grupo de 10 entrevistados em estudo mantêm os comportamentos de risco, reconhecendo que não usa o preservativo nas suas relações sexuais. O que está subjacente a esta atitude não é unicamente uma rejeição ao preservativo mas uma consequência relativamente ao

estar doente e à percepção que os entrevistados têm desta doença em particular. Por este facto, a maioria da população em estudo, que nega estar doente, é a que mantém atitudes e comportamentos de risco. Houve uma situação muito particular neste grupo de entrevistados, onde deparamos com um indivíduo, que reside com dois filhos menores, que estão a seu cargo, negando ter qualquer tipo de doença infecciosa, além da diabetes, e que teve e mantém comportamentos de risco, já tendo tido múltiplas parceiras desde o diagnóstico da doença.

Relativamente aos serviços de saúde e aos técnicos com que têm contactado, a opinião dos entrevistados é ambivalente. Por um lado, reconhecem que os técnicos com formação superior adoptam uma postura adequada e correcta, enquanto a postura adoptada por auxiliares e pessoal ajudante nem sempre é percebida como sendo a mais correcta. Os entrevistados referem de forma muito concreta a necessidade de formação, que este grupo de profissionais carece, e que se traduz também numa grande deficiência a nível relacional. Os entrevistados que se encontram institucionalizados são os que referem mais dificuldades nesta área e os que sentem um atrito maior na relação que é estabelecida com os auxiliares e ajudantes.

Na dimensão psicológica, como já referimos, pretendemos analisar os sentimentos inerentes a esta doença crónica, despoletados pelo estigma que lhe são próprios e ao mesmo tempo pela falta de expectativas em relação ao futuro. Os entrevistados vivenciam sentimentos que oscilam entre a revolta e a aceitação, manifestando, por um lado aceitação e conformismo relativamente à doença que surgiu no seu percurso, e por outro lado revolta e constrangimento por todas as dificuldades que vivem, bem como por todas as limitações que sentem no dia-a-dia.

A família é um factor despoletador de sentimentos de abandono e rejeição, sentindo os entrevistados um sofrimento muito concreto e vivido de forma silenciosa. Todos os entrevistados referem ter vivido situações de marginalização e discriminação, devido a serem portadores de HIV. Na sua maioria estas atitudes foram sentidas, quer a nível da sociedade, onde estão integrados, quer a nível hospitalar, quer ainda a nível familiar. Os entrevistados não referem, nas entrevistas, expectativas relativamente ao futuro. Mencionam de diversas formas que o futuro não existe, que para eles não há nada mais, que a vida não lhes pode oferecer nada

de positivo. Há inclusivamente entrevistados que mencionam estar unicamente à espera da morte, pois nada mais esperam da vida. Este dado é no entanto contraditório com a análise efectuada relativamente à subcategoria – *Projectos presentes*: de uma forma geral todos mencionam projectos e interesses presentes, muito definidos e que passam, na sua maioria, por dinâmicas familiares e pessoais: havendo inclusivamente dois entrevistados que se encontram num novo relacionamento afectivo.

Sentimos que nem sempre foi fácil, para a população em estudo, mencionar as suas dificuldades e expor a sua área comportamental, visto o HIV/SIDA ser uma doença que é associada ao comportamento individual. Também não foi fácil levar os entrevistados a reviverem situações pessoais anteriores, que incluíam atitudes adoptadas na sua sexualidade.

Chegámos no entanto à conclusão, e fazendo uma pequena síntese, que a SIDA continua a ser de facto uma doença estigmatizante, que os idosos masculinos têm dificuldades muito acrescidas, quer na área económica, quer na área relacional quer ainda no apoio por parte da família. Estes mesmos idosos reconhecem e mencionam sentirem-se, em muitas circunstâncias, marginalizados e estigmatizados por serem portadores de HIV. Apesar de reconhecerem os comportamentos de risco na sua generalidade, a informação que detêm é muito sucinta e reduzida e, em 3 casos do grupo de 10 entrevistados do estudo, há a continuação de comportamentos de risco. De seguida vamos abordar algumas medidas e sugestões de intervenção, que consideramos necessárias, tendo por base os dados colhidos e a análise realizada neste estudo.

### **13.1 – SUGESTÕES DE INTERVENÇÃO**

As sugestões de intervenção que gostaríamos de deixar, no final deste trabalho, englobam várias áreas e dimensões. Para mais fácil compreensão dividiremos as sugestões de intervenção na óptica do próprio idoso masculino, portador de HIV e também na óptica das várias instituições e organizações que trabalham de forma directa ou indirecta com este grupo social.

Com base nos resultados obtidos, através da análise das entrevistas, concluímos que é de extrema importância a estruturação de campanhas informativas, pertinentes e orientadas para a população idosa, com dinâmicas específicas, para que a mensagem chegue a esta franja populacional. É importante que a mensagem de prevenção chegue a todos, salientando que esta problemática do HIV/SIDA não é algo que só acontece aos outros; nós podemos ser de facto esse outro; tudo depende do que fazemos e não de quem somos. Estas campanhas deveriam ser desenvolvidas nos locais onde o idoso tem a suas actividades e o seu dia-a-dia, para que estes, além de obterem a informação desejada, de forma cómoda e nos locais que lhe são familiares, sejam eles próprios motores de mudança e de transformação social.

As próprias estruturas sociais, como as Juntas de Freguesia, que têm múltiplas actividades para a população idosa, nomeadamente, actividades de lazer e convívio, poderiam inserir nos seus projectos e programas campanhas informativas, articuladas com organizações que estão vocacionadas para intervenção nesta área, como seja a Comissão Nacional de Luta contra a SIDA, a Associação Abraço, entre outras. É urgente desmistificar ideias e comportamentos, como seja o uso do preservativo, que o HIV não é transmitido unicamente através do uso de drogas por via endovenosa, que há formas concretas de se prevenirem e isso não implica deixar de lado a sua vida sexual.

Para os que já estão infectados é importante que chegue a mensagem de que ter HIV não é uma sentença de morte, que podem atingir uma satisfação plena nas várias facetas que compõem a sua vida, que há cuidados indispensáveis a ter na área da prevenção e que direitos implicam deveres. Há que adoptar atitudes preventivas, não só para se protegerem, mas também para protegerem terceiros. É urgente uma mensagem de esperança, de objectivos de vida. É urgente oferecer a esta população idosa, infectada, algo mais do que o conformismo e o contar dos dias, na expectativa de que o caminho está a chegar ao fim. É urgente despertar consciências.

Cada idoso infectado deve ser tratado como um caso único quando surge um diagnóstico positivo a nível dos serviços de Saúde, adequando a mensagem, informando o idoso de forma a que ele perceba o que tem: dar-lhe o direito a

expressar a sua indignação e não desvalorizar o que sente, bem como dar-lhe a possibilidade de colocar questões. O idoso quando é confrontado com um diagnóstico de HIV deve também ter apoio psicológico, para que possa expressar os seus sentimentos, para que possa começar a trabalhar condicionantes da sua vida pessoal e da sua vida familiar. Se possível, devem ser envolvidas as pessoas mais significativas (caso o idoso autorize e expresse esta necessidade), para que este não se sinta isolado e solitário com o seu diagnóstico, além de que é também necessário e aconselhável começar a trabalhar com a família, ou pessoas significativas, as implicações que surgem nas suas vidas, relacionadas com este diagnóstico. A família também tem de ultrapassar e trabalhar várias fases e etapas, até chegar a um patamar de aceitação.

Sugere-se também que o próprio idoso infectado tenha um papel relevante na formação e informação de outros idosos. A história e a informação contada na primeira pessoa tem muito mais impacto e é muito mais relevante do que aquela transmitida por um técnico, a quem o idoso muitas vezes não reconhece autoridade ou a experiência de vida, limitando-se a debitar informação, além de que para os idosos, portadores de HIV, esta seria uma forma de os motivar e integrar em actividades e, ao mesmo tempo, desmistificar junto de outros idosos toda esta temática.

Há uma necessidade muito premente, no possibilitar ao idoso, acompanhamento por parte de técnicos especializados, como seja psicólogos, como já referimos, não só no contacto inicial com o seu diagnóstico mas também num acompanhamento posterior a fim de poderem ser trabalhados sentimentos, ansiedades, receios e acima de tudo descobrir valores e perspectivas positivas na sua vida, para que aconteça uma reinserção do idoso masculino, portador de HIV na sua família, na sociedade e percepcione e se centre naquilo que consegue gerar como contributo para as novas gerações.

Numa outra perspectiva, e como resultado final deste trabalho, apercebemo-nos de que a nível institucional e organizacional há também um longo caminho a ser percorrido. As organizações têm limitações, quer a nível dos recursos, quer a nível da adaptação necessária, a fim de responderem às novas necessidades que vão surgindo. É uma das características das organizações, para sobreviverem, a

adaptação à cultura e ao meio onde estão integradas, e que são a razão da sua existência. Uma organização que não dê resposta às alterações sociais e aos novos desafios implícitos na vida em sociedade está condenada à extinção.

Também se sugere, como conclusão final, que a presença das organizações e a sua resposta, deveria ir além do suprir as necessidades básicas do utente, como a alimentação, terapêutica e alojamento. Há áreas onde não existe intervenção, como seja a integração social e familiar desta população, estabelecer dinâmicas e actividades que os motivasse e os levasse a ser um pouco mais activos e interessados pela vida. Ao longo das entrevistas a imagem que surgia dos utentes institucionalizados era a de que a vida tinha terminado, que agora bastava esperar pela morte. É urgente dinamizar esta população, oferecer-lhe objectivos, dar-lhes condições de vida dignas, que ultrapassem a satisfação das meras necessidades humanas básicas.

Também sentimos a necessidade de mencionar a formação dos técnicos de Saúde, que trabalham nos diversos serviços e hospitais. Tem de existir, cada vez mais, uma polivalência nos seus papéis. Como refere Kamal, um teste negativo é um excelente momento de formação, informação e prevenção. Deveríamos deixar de lado a óptica unicamente intervencionista em contexto de doença e começar a dar ênfase à prevenção primária, e esta pode acontecer em qualquer serviço, em qualquer hospital ou organização. Também temos de ter a noção de que os idosos seropositivos não são exclusivamente acompanhados nas consultas de doenças infecciosas. Estes podem surgir em qualquer serviço, em qualquer internamento.

Deseja-se que os técnicos que aí desempenham funções tenham os conhecimentos científicos necessários, para que a sua intervenção seja adequada e que possuam, além disso, conhecimentos e aptidões humanas e relacionais que lhes possibilitem acompanhar estes utentes com todo o respeito, os saibam encaminhar e esclarecer, com base numa relação empática e terapêutica. Devem estar alerta para o facto de que a sexualidade é um assunto de difícil abordagem para esta população, além de que o HIV é camuflado por diversas patologias. Devem ter a noção de que os idosos mantêm actividade sexual até muito tarde, às vezes até ao final do seu ciclo de vida, e que descuram muitas vezes atitudes de



prevenção. Não devem ser excluídos os testes de despiste por o utente ser idoso e “aparentemente” não ter idade para ser portador de HIV.

Numa perspectiva macro, temos a noção de que há ainda um longo caminho a ser percorrido: caminho esse que passa por alteração e envolvimento das políticas de saúde. As linhas orientadoras têm de ter em conta múltiplos factores. Este é um problema de todos, que a todos diz respeito, de forma directa ou indirecta. Os idosos masculinos com HIV fazem parte de um contexto mais amplo, mais abrangente. Não se pode percepcionar a intervenção nas várias áreas, desde a prevenção primária à terciária, como um trabalho individual. Há que trabalhar em conjunto, agregar esforços e traçar objectivos comuns, fundamentados em factos concretos, baseados em dados reais desta população e não em pressupostos que distam muito da realidade.

Como ultima sugestão, deixávamos o desafio, fundamentado no pressuposto, de que a formação para a sexualidade e para a cidadania deveria começar logo na escola primária. É esta uma das pedras angulares da prevenção, numa óptica de futuro. Há que fomentar uma nova forma de estar em sociedade, de ser responsável, de assumir que a sociedade somos todos nós, que somos constantemente chamados a exercer direitos e deveres. A saúde é um dos bens mais importantes, que o ser humano pode alcançar, utopia idealizada que nos leva a estabelecer novas formas de estar e de actuar. É necessário que esse bem, tão precioso, seja cada vez mais um direito de cada um de nós e não uma possibilidade ao alcance de alguns, que detêm o conhecimento e a capacidade para tal.

## **14 – CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Cabe-nos agora, no final de todo este processo, olhar retrospectivamente e tecer algumas considerações que nascem de todo este trajecto percorrido. É necessário salientar, antes de tudo, que este processo não foi um percurso fácil, nem linear. A trajectória foi preenchida por inúmeras situações, relacionadas com as características da população em estudo. Não foi fácil abordar temáticas como a sexualidade e vivências relativas ao estarem infectados com HIV, em muitos casos foi notório algum desconforto e constrangimentos iniciais.

Existiu uma dificuldade muito concreta na aprovação necessária para a aplicação das entrevistas, em algumas instituições hospitalares públicas: oferecendo-nos justificações pouco fundamentadas, referindo uma delas que o presente trabalho não se enquadrava numa perspectiva clínica e, que por tal motivo, não seria possível a sua aprovação. Continuamos com a percepção de que esta é, de facto, uma área pouco grata, relegada para segundo plano, apesar dos números alarmantes que referenciam o aumento de portadores de HIV com idade superior a 60 anos. Esperemos que medidas interventivas não aconteçam tarde de mais.

Em três das entrevistas realizadas, apesar de haver informação e confirmação da patologia dos idosos, por parte dos serviços (que acompanham os idosos), estes negam peremptoriamente estarem infectados. Foram feitas várias abordagens, havendo alteração de estratégias ao longo das entrevistas, no intuito de os conduzir e possibilitar o relato da temática em estudo, o que se mostrou de todo ineficaz e impossível. Para muitos outros entrevistados este foi também um assunto que os “obrigou” a relembrar momentos da sua trajectória de vida, opções efectuadas, riscos corridos, comportamentos mais íntimos. Em muitas circunstâncias tiveram de expor parte da sua alma a um estranho, por muita preocupação que existisse em estabelecer uma relação empática, que auxiliasse à abertura e a um clima de confiança. Foram frequentes os momentos de grande tensão emocional, onde as lágrimas e o repensar momentos, relações e sentimentos falaram mais alto.

Dos resultados alcançados nasceram algumas sugestões específicas, orientadas, quer para esta população, quer para as organizações que têm a função de acompanhar e de lhes proporcionar as condições dignas que qualquer ser humano necessita. O ser humano, complexo na sua natureza, audaz nos seus desejos e sonhos, tem formas muito peculiares, e por vezes inesperadas de encontrar o seu equilíbrio, dentro de um desequilíbrio, que pode ser emocional/afectivo, social e mesmo familiar.

É natural que os portadores de HIV se “escondam” e limitem a sua vida a rotinas silenciosas e escondidas porque a necessidade que o doente idoso com HIV/SIDA tem, é, antes de tudo o mais, uma atitude de defesa perante os outros. Algo que este trabalho não explora e que seria pertinente abordar em futuros trabalhos. Seria necessário explorar esta área tão complexa da vivência humana em sociedade, em particular a forma como a opinião dos outros, no fundo a imagem social dos outros, condiciona e interfere na nossa própria vivência e opções, tendo como base a procura da aceitação e da integração social.

Em futuros trabalhos relacionados com esta área temática penso que seria também muito pertinente explorar as representações sociais que os idosos, que negam ser portadores de HIV têm, relativamente ao grupo de idosos que acaba por aceitar esta doença. Só desta forma poderíamos trabalhar com este grupo e ao mesmo tempo leva-los a perceber e a adoptar medidas de prevenção eficazes.

Uma outra área, que penso também deveria ser explorada, é a que se relaciona com a dimensão familiar e as dificuldades concretas que a família percebe e vive relativamente ao acompanhamento e à proximidade com estes utentes. Estudamos e pesquisamos neste trabalho a perspectiva que o portador de HIV com mais de 60 anos tem da família, seria necessário também observarmos o reverso desta situação: como será que a família percebe esta doença? Quais as dificuldades mais concretas e prementes com que lida?

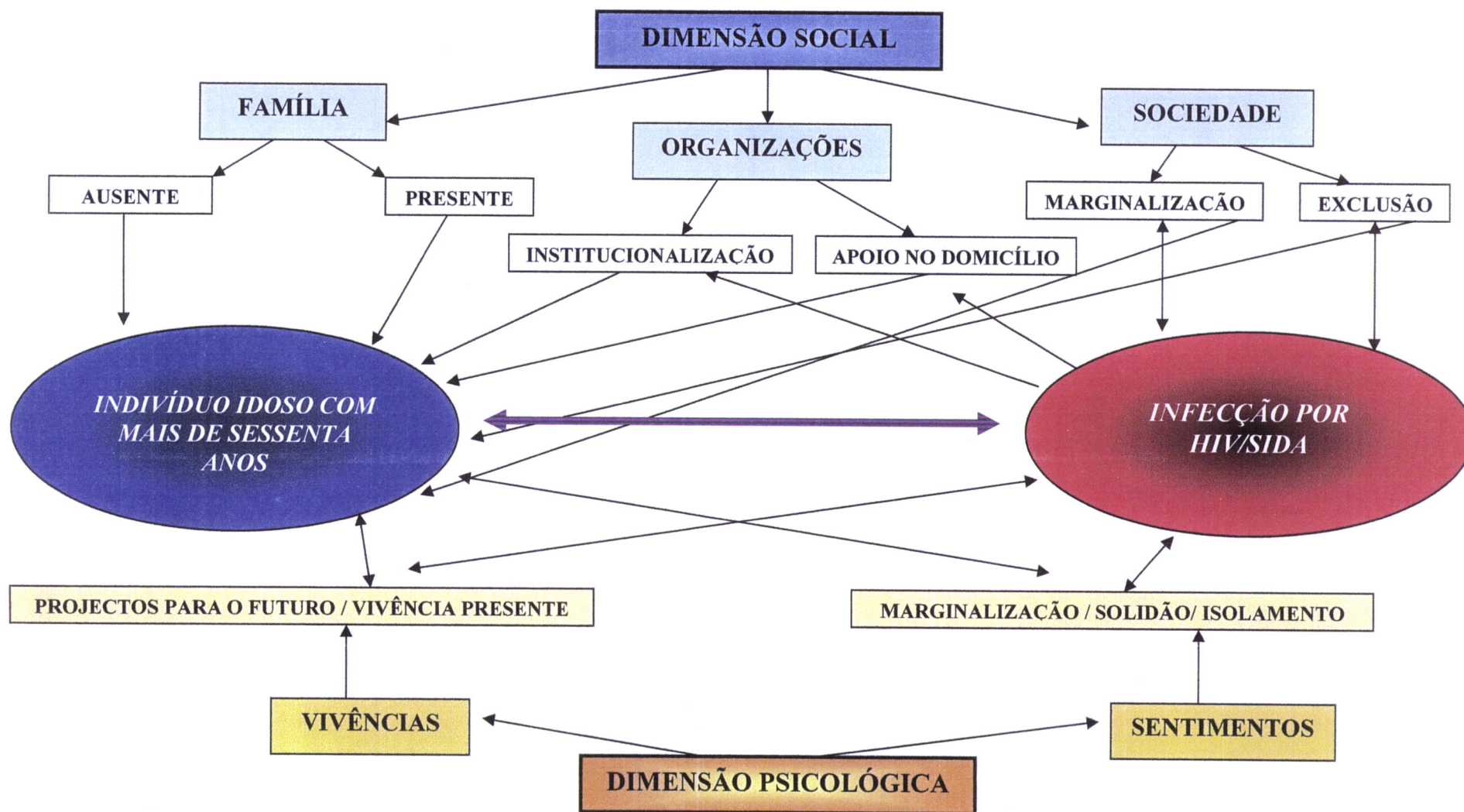
Esta é no fundo uma área muito complexa, como já referimos, pois lida com as vivências íntimas do indivíduo e nem sempre é fácil alcançar, ou ter acesso a esse mundo porque somos percebidos como intrusos. Um estudo nesta óptica

deveria ser desenvolvido, construindo, antes de mais, um relacionamento estruturado e continuado com o idoso, pois só assim este partilhará informações concretas, íntimas e vitais para este tipo de trabalho. É vital e urgente que a compreensão e o conhecimento que possuímos desta população seja cada vez mais completo, mais orientado para a sua vivência real, pois só desta forma poderemos adequar intervenções e planejar estratégias.

Este é cada vez mais o desafio de quem trabalha na área das ciências humanas e sociais, perceber as motivações do homem, auxiliá-lo a atingir um desenvolvimento e um bem-estar cada vez mais pleno, porque só assim este conseguirá realizar-se em todas as suas dimensões.

Sintetizamos, no esquema que se segue, as principais áreas e vivências que englobam os idosos portadores de HIV e que foram percebidas no estudo efectuado.

**ESQUEMA SINTÉTICO DA DIMENSÃO SOCIAL E PSICOLÓGICA NO INDIVÍDUO IDOSO COM MAIS DE 60 ANOS**



## 15 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- II Simpósio da Fundação N<sup>a</sup> Sr.<sup>a</sup> do Bom Sucesso, 1992. "Perspectivas antropológicas em saúde pública/comunitária".
- ACÚRCIO, Francisco; GUIMARÃES, Mark, 1996. "Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: Uma revisão da literatura". *Cadernos de Saúde Publica*, Rio de Janeiro.
- ALVES, Isabel Silva, 1997. "Direito legais do idoso em saúde comunitária". *Revista Servir* n<sup>o</sup> 45, pp. 229 – 243.
- BARDIN, L., 1988. " *Análise de Conteúdo*", Lisboa, Edições 70.
- BELL, Judith, 2004. " *Como Realizar um Projecto de Investigação*", Lisboa, Editora Gradiva, 3<sup>a</sup> edição.
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S., 1995. " *Investigação Quantitativa – uma introdução à teoria e aos métodos*", Porto editora.
- BROWN, Geraldine, 2002. " *Response: HIV/AIDS among older persons (A growing problem)*", Lisle.
- CABRITA, Maria J.S. Neto, 2003. "O envelhecimento e os cuidados continuados". *Revista Servir* n<sup>o</sup> 52, pp. 11-18.
- CAMARGO, B.V., (s.d.). "Representações Sociais do preservativo e da AIDS". *Spots publicitários escritos por jovens para a televisão Francesa*.
- CAMPOS, Maria dos anjos, 2006. "A mortalidade por VIH/SIDA em Portugal: alterações da estrutura etária". *Revista de estudos demográficos. Instituto Nacional de estatística* n<sup>o</sup> 38, Lisboa.
- CANALES, F. H. e outros, 1986. " *Manual para el desarrollo de personal de salud*", México, Limusa.
- CARMO, H., 1998. "Inquéritos por entrevista e por questionário". In: *Metodologia da Investigação: Guia para auto-aprendizagem*, Lisboa, Universidade Aberta.
- CATIE, 1999. " *Managing you Health; a guide for people living with HIV or AIDS*", Canadá.

- CLOUD, Geoffrey; BROWNE, Rita [et al], 2002. *"Newley diagnosed HIV infection in an octogenarian: the elderly are not immune"*, London.
- CNLCS, 1998. *"Apoio Domiciliário a indivíduos infectados pelo VIH. Manual de Formação para ajudantes familiares"*, Lisboa.
- CNLCS, (s.d.). *"Ser positivo – Um guia para homens e mulheres que enfrentam o desafio do HIV"*, Lisboa.
- CONTUMÉLIAS, Ana, 2006. "Há vida depois dos 60". *Noticias Magazine*, Lisboa.
- DIÁRIO da Republica II Série nº 96 de 24 de Abril de 1997, p.4802.
- DURKHEIM, Émile, 1898. "Représentations individuelles et representations collective" in: *Sociologie et philosophie*, Paris, Presses Universitaires de France.
- ELDRED, Susan; WEST, Lynne, 2005. "HIV prevalence in older adults". *The Canadian Nurse*, Canadá.
- ESTEVES, A.; AZEVEDO, J., 1996. "Metodologias qualitativas para as ciências sociais". *Instituto de Sociologia da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, Porto.
- EVANS, Alfred; KASLOW, Richard, 1997. *"Viral Infections of Humans; epidemiology and control"*, New York and London, 4ª edição.
- FERNANDES, Maria J.S., 1996. "Conceito de Qualidade de Vida para o Idoso". *Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem apresentada à Universidade Católica Portuguesa*, acessível na Biblioteca da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, 167f.
- FERNANDES, Purificação, 2000. *"A Depressão no Idoso – Estudo de Relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações de Depressão"*, Coimbra, editora quarteto.
- FERREIRA, M.M., 1998. "Técnicas de amostragem". In: *Metodologia da Investigação: Guia para auto-aprendizagem*, Universidade Aberta, Lisboa.
- FORMARIER, M., 2000. "Intérêt de la recherche qualitative dans les pratiques infirmières". *Recherche en soins infirmiers*, Lyon.
- GHIGLIONE, R. MATALOU, B., 1993. *"O inquérito: Teoria e prática"*, Oeiras, Celta Editora, 2ª edição.
- GIL, A.C., 1989. *"Métodos e técnicas de pesquisa Social"*, S. Paulo, Editora Atlas, 2ª edição.
- GOMES, R.; MENDONÇA, E. A., 2002. *"A representação e a experiência da doença; princípios para a pesquisa qualitativa em saúde"*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.

- GUEDES, Francisco, 1995. *"Vírus, SIDA e Sociedade Humana"*, Lisboa, Planeta Editora.
- GUIMARÃES, P., 1999. "Os direitos dos idosos – Envelhecer, um direito em construção", Lisboa, Editora Verbo.
- JODELET, D., 1998. *"AIDS e representações sociais: à busca de sentidos"*, Natal, Editora Edufirm.
- LAMPTEY, Peter; WIGLEY, Merywen, [et all], 2002. "Facing the HIV/AIDS Pandemic". *Population Bulletin*, vol. 57, nº 3.
- LIARTE, 1997. *"Enciclopédia da Sexualidade"*, Lisboa, Oceano Grupo Editorial.
- MADEIA, Maria Joaquina, 1996. *"A dimensão social da SIDA; a família e a Comunidade"*, Lisboa.
- MALLET, D., 1997. "Cuidados paliativos e SIDA". *Revista Servir*, vol.45, nº 2, pp. 81-88.
- MARCUS, Mary B., 2002. "Aging of AIDS; the silent risk group for HIV infection: senior citizens". *U.S. News & World Report*, Washington.
- MARTINS, Francisco; SILVA, Carlos, 2000. "Homenagem ao professor Augusto da Silva", *Universidade de Évora – Departamento de Sociologia*, Évora.
- MAROY, C., 1997. "A análise qualitativa das entrevistas". In: *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa, Editora Gradiva.
- MARQUES, S; OLIVEIRA, D., 2004. *"AIDS e representações sociais: uma análise comparativa entre subgrupos de trabalhadores"*, Rio de Janeiro.
- MONTAGNIER, Luc, 1996. *"SIDA, Factos e esperança"*, Instituto Pasteur, França.
- MORE, Linda; AMBURGUEY, Lisa, 2000. "Older adults and HIV". *Association of Operating Room Nurses, AORN Journal*, Denver.
- MOSCOVICI, S., 1976. *"La psychanalyse, son image et son rôle public"*, Paris, 2ª edição.
- NETO, Félix, 1992. "Solidão, Embaraço e Amor". *Centro de Psicologia Social*, Porto.
- NOGUEIRA, Paula C. A., 1996. "O idoso: o sentimento da solidão ou o mito de abandono?". *Monografia de Licenciatura em Psicologia apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA)*, acessível na Biblioteca do ISPA, Lisboa.
- NUSBAUM, Margaret; LENAHA, Patrícia, 2006. "Saúde Sexual nos homens e mulheres idosos". *Revista Geriatrics*, Lisboa.
- OLTRAMARI, Leandro, 2003. "Um esboço sobre as representações Sociais da AIDS nos estudos produzidos no Brasil", *Tese de Doutorado*, Rio de Janeiro.
- OMS, 1994. "Programa Mundial de combate à SIDA – Prevenção da infecção por HIV e cuidados". *Fascículo de ensino para enfermeiros e parteiras*.



- OMS, 2002. "Relatório Mundial de saúde 2001. Saúde Mental: Nova compreensão, nova esperança". *Ministério da saúde – Direcção Geral de Saúde*, Lisboa, 1ª edição.
- POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P., 1991. "*Investigación científica en ciencias de la salud*", México, Editora Interamericana, 3ª edição.
- PORTUGAL. Ministério da saúde. Direcção Geral de Saúde, 2004. "*Programa Nacional para a Saúde das pessoas idosas*", (MS.DGS), Lisboa.
- RICARDO Jorge, Instituto, 2005. "Centro de Vigilância Epidemiológica das doenças transmissíveis – Infecção VIH/SIDA", Lisboa.
- RODRIGUES, João, 2001. "*O Consentimento informado para o acto médico no ordenamento jurídico português*", Coimbra Editora.
- RUQUOY, D., 1997. "Situação de entrevista estratégia do entrevistador". In: *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa, Editora Gradiva.
- SALGUEIRO, Nídia, 1999. "Chegou o tempo da prática reflectida". *Revista Nursing*, ano 12, n.º 137, Lisboa.
- SANCHO, Paulo; FERREIRA, Ana, 2004. "Infecção por VIH/SIDA: problemas ético legais". *APECS*, Lisboa.
- SIEGEL, K.; SCHRIMSHAW, E., 1999. "*Symptom interpretation: Implications for delay in HIV testing and care among HIV infected late middle aged and older adults*", Abingdon.
- SONTAG, S., 1989. "AIDS e suas metáforas", São Paulo, Editora Companhia das Letras.
- SPACH, David; HOOTON, Thomas, 1996. "The HIV manual", New York.
- WHIPPLE, Beverly; SCURA, Kathleen, 1997. "A epidemia esquecida: HIV nos adultos idosos". *Revista Servir* vol.45, nº 2, pp. 70-77.
- WILLIAMS, Edith; DONNELLY, Jerre, 2002. "*Older Americans and AIDS: Some guidelines for prevention*", New York.
- UNAIDS, 2001. "The Global Strategy. Framework on HIV/AIDS", Geneva.
- VALA, J., 1986. "A análise de conteúdo". In: *Metodologia das ciências Sociais*, Porto, Editora Afrontamento, 6ª edição.
- VALA, Jorge, 1996. "Representações sociais – Para uma psicologia social do pensamento social". In: *Psicologia Social*, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 2ª edição.
- AIDSPORTUGAL, (s.d.). –  
[www.aidsportugal.com](http://www.aidsportugal.com)

FARMÁCIA.COM, (s.d.). –

[www.farmacia.com.pt/módulos.php?modload&name=News&file=article&sid=110](http://www.farmacia.com.pt/módulos.php?modload&name=News&file=article&sid=110)

1-

OLIVEIRA, Miguel, 2007. *“Forum Enfermagem”* -

[http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=2850&Itemid=999999999](http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&task=view&id=2850&Itemid=999999999)

SAÚDEPÚBLICA, 2006 -

<http://www.saudepublica.web.pt/04-PrevencaoDoenca/DToutras/sida.htm>

SICSAPO, 2006 -

[http://jn.sapo.pt/2006/08/15/primeiro\\_plano/sida\\_longo\\_caminho\\_antes\\_final\\_feliz.html](http://jn.sapo.pt/2006/08/15/primeiro_plano/sida_longo_caminho_antes_final_feliz.html)

**ANEXO 1 – GUIÃO DE ENTREVISTA DR. KAMAL MANSINHO – HOSPITAL EGAS MONIZ –  
LISBOA**

## **ENTREVISTA DR. KAMAL MANSINHO**

**Hospital Egas Moniz – Lisboa**

**Serviço de Infecçciologia**

- Sendo um dos médicos que descobriu o primeiro caso de HIV em Portugal, como tem evoluído a doença, segundo a sua perspectiva, desde 1983?
- Como caracterizaria os primeiros indivíduos infectados com HIV em Portugal?
- Quando é que os idosos do sexo masculino começaram a tomar um papel tão relevante no número de casos? Havia essa consciência inicialmente?
- Qual é hoje a face da SIDA entre nós?
- Segundo a sua perspectiva como percepciona a realidade vivida por esta população, relativamente ao apoio que recebem, às expectativas de vida, à qualidade?
- Quais as principais dificuldades que os idosos se confrontam aqui na área de Lisboa, segundo a sua opinião, ao serem portadores de HIV?
- A Sida mantém-se uma doença que gera exclusão, receios, pode-se até dizer que há múltiplos mitos em seu redor, apesar de toda a informação e de todos os esclarecimentos. O que pensa estar subjacente a esses receios?
- Que *guidelines* pensa serem importantes no combate ao HIV entre a população idosa do sexo masculino em Lisboa?
- Que falta fazer relativamente a esta população?
- Há informação, à circulação de propostas de prevenção, o que está a falhar?
- Há uma dificuldade enorme para que o idoso tenha possibilidades de permanecer no seu domicílio quando está infectado. Estas dificuldades prendem-se essencialmente com falta de pessoal? Falta de recursos?
- Como vê o papel das organizações no combate ao HIV na população mais idosa?
- Sente que há uma articulação funcional entre os vários organismos e instituições que trabalham com doentes HIV?

## **ANEXO 2 – ENTREVISTA DR. KAMAL MANSINHO**

***CAMINHOS SOLITÁRIOS***

**Entrevista ao Dr. Kamal Mansinho  
Hospital Egas Moniz  
Serviço de Infecçciologia**

***Francisco Cruz***

***23/02/2007***

- Foi o Dr. Kamal que isolou os primeiros casos de HIV em Portugal.

➤ De HIV 2, portanto, há dois vírus, o VIH1 e o VIH2. Os primeiros casos de doentes por infecção de VIH2 foram seguidos aqui no serviço, e eu fui um dos colaboradores na caracterização e isolamento do vírus. Mas estamos a falar do VIH2 e não do VIH1, que é o mais prevalente, quer na Europa quer nos Estados Unidos.

- Isto na década de oitenta?

➤ Sim! Foi em 1986.

- Como tem evoluído desde então, até aos dias presentes, esta pandemia da SIDA?...em Portugal?

➤ Quando foi isolado o VIH2 a expressão geográfica do vírus era uma expressão muito limitada. A África Ocidental e nomeadamente alguns países como a Guiné Bissau, que era o maior número de doentes que recebíamos, ao abrigo dos acordos que tínhamos como antiga colónia portuguesa, já nessa altura uma das inquietações foi perceber se a expressão do VIH2, se teria as mesmas proporções que o VIH1 no mundo. Felizmente isso não aconteceu. Tem a ver com particularidades muito próprias que o VIH2 tem, relativamente ao VIH1. A doença que nos preocupa mais e cuja expansão continua a ter proporções verdadeiramente devastadoras é o VIH 1.

- Também é mais virulento!?

➤ É mais agressivo, do ponto de vista da evolução natural tem uma transmissibilidade maior. Ele transmite-se mais facilmente, quando se compara com o VIH 2, sobretudo por via sexual e por via vertical, mãe/filho. E tem a ver exactamente com características muito específicas do vírus, os doentes infectados com o VIH 1 são pessoas que normalmente têm cargas víricas muito elevadas no sangue periférico. Isso também contribui para que a transmissão seja mais eficiente, quer do ponto de vista sexual, quer do ponto de vista vertical. Relativamente à transmissão através do consumo de... através da partilha de material para consumo de drogas, a eficiência da transmissão será equivalente: mas o facto do VIH 2 ter uma carga vírica mais baixa pode torná-lo

menos facilmente transmissível. Agora, o que nos preocupa no mundo, neste momento, é a pandemia do VIH1. Isto é, não houve uma pandemia do VIH2, mercê de particularidades muito específicas do vírus, mas a partir da descoberta do VIH1, muito provavelmente quando se olha para trás, nós próprios não teríamos tido a noção da expansão que este vírus teria em todo o mundo e das repercussões que tem, quer do ponto de vista sexual, quer económico, quer do ponto de vista do desenvolvimento, de países que neste momento não têm acesso à terapêutica.

*- Como caracterizaria esses primeiros indivíduos? A população que começou a surgir logo nessa década de oitenta? Como é que os caracterizaria...idade..sexo...raça?*

➤ Começou por ser uma doença encontrada selectivamente nalguns grupos de pessoas. Lembro-me que na década de oitenta se falava na infecção por VIH como a doença dos três H's: dos homossexuais, hemofílicos e Haitianos. Por razões na altura pouco claras, o Haiti era uma zona onde a infecção era muito frequente. E depois em relação aos consumidores de drogas. Naturalmente ela começou por ser uma doença muito dirigida a alguns grupos da comunidade, que ao longo do tempo nos vamos apercebendo, que a expansão da doença não se faz exclusivamente a partir destes grupos, mas também através das relações heterossexuais. De tal maneira que neste momento aquilo que nos preocupa, do ponto de vista epidemiológico e do ponto de vista do crescimento da epidemia, ou da pandemia, é a transmissão por via heterossexual, ainda que nos países industrializados, depois de uma fase inicial, em que sobretudo, relativamente aos homossexuais masculinos tinha havido uma adesão boa às medidas de controle, de transmissão, aquilo que começamos a assistir, quer na Europa, quer nos Estados Unidos, neste momento, é que a nova geração de homossexuais estão a expor-se a uma série de doenças sexualmente transmissíveis, por terem relações sexuais sem preservativo: portanto, também se estão a expor ao vírus da imunodeficiência humana. Depois de um período para a tendência para alguma diminuição da transmissão por VIH, por exemplo, na comunidade homossexual, começamos a assistir a um novo crescimento, que começa a ser preocupante. Tem a ver com questões geracionais, tem a ver com problemas relacionados com alguma



incapacidade que todos nós, envolvidos no acompanhamento destas situações tivemos em acompanhar a evolução do fenómeno da doença: e isso tem sido responsável por uma parte das novas infecções neste momento.

*- Há muito a ideia, a partir de um conhecimento empírico, de que o grande número de casos, inicialmente estaria relacionado com a comunidade africana, por exemplo: ou seja, em Portugal, inicialmente, os casos de HIV que surgiram seriam relacionados com indivíduos de raça negra.*

➤ Eu não estou muito seguro disso. Do ponto de vista da caracterização da amostra dos primeiros casos, eu não consigo de memória caracteriza-la com algum rigor: mas, se em relação aos utentes infectados com o VIH2, que eram predominantemente casos de doentes vindos da África Ocidental, nomeadamente da Guiné Bissau, eram portanto casos importados, isso já não era tão verdade em relação à infecção por VIH1, isto é ... a questão que se punha relativamente ao diagnóstico dos primeiros casos em Portugal é que muitos desses primeiros casos tinham sido diagnosticados fora de Portugal, porque os testes não eram feitos tão precocemente quanto começavam a ser feitos noutros países, e lembro-me que a Professora Odete Ferreira, da faculdade de farmácia, que foi uma das pessoas pioneiras no desenvolvimento e na execução de testes para VIH1, tinha estudado várias pessoas infectadas por VIH1 em Portugal e que eram portugueses e que alguns deles não tinham nenhuma correlação com África e portanto poderia ter sido um desvio da amostragem inicial...

*- Também por causa dessa importação de casos para Portugal...*

➤ Sim... repare... nós tivemos uma guerra colonial que deslocou uma população jovem e sexualmente activa para África e poder-se-ão pensar que esse grupo, esse contingente de pessoas, se poderia ter infectado em África, uma vez que se tratava de uma população jovem e sexualmente activa; mas esses não foram os mais infectados, pelo menos quando se analisa à posteriori. Houve efectivamente casos de pessoas que se infectaram durante as suas comissões em África, mas a maior parte dos primeiros casos diagnosticados em Portugal foi na comunidade homossexual, tal como aconteceu nos outros países do mundo... Estados Unidos e mesmo na Europa,

França, Inglaterra...portanto, a nossa própria comunidade homossexual em Portugal tinha taxas de infecção provavelmente equivalentes àquelas que se verificou nos outros países. Podemos ter diagnosticado um pouco mais tarde, por múltiplas razões; desde...porque a homossexualidade era vista com muito mais reserva em Portugal do que fora de Portugal, e portanto, as pessoas também procurariam menos os testes numa primeira fase, e tudo isso pode ter contribuído para algum retardamento do crescimento dos nossos números. Mas penso que a infecção ocorreu numa comunidade residente em Portugal sem ter tido obrigatoriamente....

- *Ou seja, foi muito em paralelo àquilo que aconteceu noutros países...*

➤ Foi, foi. Podemos ter diagnosticado um pouco mais tarde por múltiplos factores, entre os quais mesmo... por tudo aquilo que representava de discriminação sobre orientação sexual. Eu acho que hoje, ainda que haja algum peso discriminativo, um homossexual consegue mais facilmente assumir, pelo menos perante si próprio e procurar ajuda também mais cedo. Isso não era verdade no passado.

- *Quando é que o Dr. Kamal tem a percepção de que os idosos, por exemplo, nomeadamente os idosos do sexo masculino, começaram a tomar um papel tão relevante a nível do número de casos? Inicialmente havia essa ideia também?*

➤ Eu acho que o facto da epidemia, na sua fase inicial, ter estado centrada em adultos, jovens, sexualmente activos, fez com que nós prestássemos menos atenção à sexualidade do idoso. Era mais provável naquela altura nós encontrarmos jovens, sexualmente activos, homo, hetero, bissexuais, consumidores de drogas, infectados, do que pessoas com mais de cinquenta anos. Mas também porque era mais provável que nós testássemos esse grupo, e esse grupo procurasse ajuda, do que os indivíduos com mais de cinquenta anos. Naturalmente que também tem a ver com a própria evolução que a pandemia da SIDA tem nos países industrializados. Isto é, efectivamente a doença foi muito prevalente na fase inicial em homossexuais masculinos e depois, gradualmente, começou a expandir-se na população heterossexual, e aí também, mais uma vez, tem a ver com alguma deformação que nós

acabamos involuntariamente por transmitir à comunidade, quando centralizamos as nossas mensagens de prevenção nos homossexuais e consumidores de drogas e portanto, os heterossexuais acharam que aquilo era uma doença que não era com eles, que era a dos homossexuais e a dos drogados. Provavelmente isso poderá ter contribuído para que os heterossexuais, nas suas relações heterossexuais, pudessem ter menos cuidado, uma vez que se não eram homossexuais não apanhariam a infecção, o que não era absolutamente verdade, uma vez que já havia na altura, mulheres infectadas. Mulheres que eram consumidoras de drogas e heterossexuais, em simultâneo: portanto, poderiam ter sido infectados por qualquer das duas vias. E algumas mulheres, que eram parceiras de homo ou bissexuais, portanto, isso pode ter contribuído para que a expansão da epidemia na comunidade heterossexual começasse a ser feita. Naturalmente que nós tomamos consciência de que esta infecção começa a ser frequente numa população acima dos quarenta anos, ou se quiser, acima dos cinquenta anos, porque muitos destes doentes passam a procurar ajuda por outras patologias e o diagnóstico é feito por via indirecta, porque na maior parte das vezes, nem sequer, quando se procura colher uma história epidemiológica mais cuidada, foi valorizada a exposição ocasional heterossexual, que essas pessoas teriam tido. Naturalmente que também há um grupo, uma geração que frequentou mais assiduamente prostitutas, nas suas relações heterossexuais, que poderão ter sido infectados dez anos antes. Infectaram-se aos trinta ou aos quarenta e foram diagnosticados aos cinquenta, porque tiveram um incidente que nos obrigou a testar e a fazer as análises, portanto, esta identificação da SIDA, ou da infecção por VIH na população idosa, uma parte importante desta população idosa infectada, infectou-se seguramente no passado, nós é que os encontramos recentemente, e encontrámo-los porque fomos à procura do diagnóstico especificamente, mercê de uma doença banal que motivou o seu internamento e por qualquer outro motivo havia evolução menos habitual e procuramos uma causa para essa evolução menos habitual. Naturalmente que tradicionalmente, nós enquanto profissionais na área da saúde, sempre dê-mos muito pouca atenção em relação à sexualidade do adulto. Não é facto recente, quando nós consultamos a bibliografia, constatar que as pessoas com cinquenta ou com sessenta anos têm, contraem sífilis, gonorreia, e portanto,

nós tivemos alguma deformação na nossa própria abordagem sobre a sexualidade do adulto, que agora passamos a prestar mais atenção, e portanto, iremos diagnosticar doenças sexualmente transmissíveis que não diagnosticávamos no passado, iremos diagnosticar infecção por VIH que não diagnosticávamos no passado: por outro lado, se este facto das infecções antigas serem diagnosticadas agora podem estar relacionadas também com esta nossa deformação, há alguma evolução do conhecimento, que tornaram alguns adultos, alguns idosos, que se esperaria que tivessem algumas disfunções sexuais, como podendo readquirir a sua competência sexual, portanto estarem mais expostos à infecção. Estou a pensar na utilização do Viagra. É difícil, porque eu não consigo estabelecer uma relação causal directa entre o Viagra e o aumento da infecção, agora, claramente que a aquisição ou a reaquisição de alguma competência sexual, com a utilização de alguns destes fármacos, naturalmente que exporá ou predisporá que estas pessoas tenham maiores contactos sexuais e portanto se exponham a vários riscos, entre os quais a infecção por VIH. Aquilo que me parece, é que a infecção no idoso tem dois percursos, um deles resulta da nossa menor atenção, ou menos consciência sobre a sexualidade do idoso, que a fomos adquirindo ao longo do tempo, e a SIDA contribuiu para isso claramente. Depois o aparecimento de alguns medicamentos que poderão recuperar algumas competências da sexualidade no idoso e que o exporá nas relações sexuais. Há aqui estas duas componentes, que nós não podemos perder de vista. Por outro lado, não podemos descartar também uma nova realidade, que é o sexo, ou a oferta de sexo pela Internet: isto é, os idosos, as pessoas com mais de cinquenta anos se quiser, mercê da sua formação, das suas atitudes e crenças individuais, mercê do seu padrão de educação, têm hoje ao seu alcance instrumentos em que pode marcar de uma forma objectiva, e utilizando um instrumento poderosíssimo, que é a Internet. Devo-lhe dizer, por exemplo, que nós seguimos um indivíduo, que tem sessenta e muitos anos, que é homossexual, que marcou pela Internet um encontro com um jovem de vinte anos, que o seduziu completamente e que este jovem não está infectado, está em altíssimo risco de ser infectado. Já houve uma situação de exposição sexual, com ruptura do preservativo, para o qual tivemos que tratar em profilaxia por exposição o jovem. Estamos a fazer aconselhamento ao rapaz, não por causa

da orientação sexual dele, não tem a ver com a orientação sexual, tem a ver com o facto de que o jovem é um jovem que está a despontar um pouco tardiamente, relativamente à média habitual de iniciação dos jovens Portugueses. Está a despontar para a sua sexualidade, tem alguma conflitualidade com a sua orientação sexual, este encontro com alguém maduro, capaz de lhe transmitir alguma segurança, está a pô-lo completamente rendido à sedução e todo o acompanhamento que está a ser feito, não estou certo de que vá ser eficaz, porque ele neste momento está completamente apaixonado e seduzido pela relação que descobriu. Tudo isto acontece durante vários meses... tudo isto foi precedido de encontros na Internet durante vários meses, antes do primeiro encontro com ele. Há aqui uma nova situação, para a qual nós não podemos perder de vista, sob pena de mais uma vez sermos insuficientes, pouco abrangentes nas nossas mensagens de prevenção. Isto pode contribuir, por exemplo, para que uma população idosa, que está em casa, que tem menor ocupação, pode promover novos encontros sexuais: sejam homo, sejam heterossexuais. Mas pode promover, pode promover não, está a promover. Quais serão as repercussões em Portugal? A ver vamos! Porque ainda não temos elementos para poder dizer o que quer que seja. Alguma informação que existe, de alguns países Europeus e dos Estados Unidos, é que, claramente esta via, pela Internet, é uma via facilitadora de propagação de doenças sexualmente transmissíveis, e portanto, não é a Internet que é má, somos nós, enquanto profissionais na área da saúde que vamos ter de perceber que há uma nova forma das pessoas poderem entrar em contacto com as outras e infectarem-se. Portanto, teremos de adequar as nossas mensagens de prevenção a estas novas realidades.

*- Ao longo de várias entrevistas fui-me confrontando com vivências muito particulares e situações muito concretas. Situações em que se pensa no idoso como alguém assexuado, quando muitas pessoas contraíram o HIV em contactos com prostitutas, ainda há poucos anos. Mas as campanhas de prevenção e de esclarecimento foram orientadas, de certa maneira, e ainda continuam ser orientadas, para uma população homossexual, sexualmente activa, jovem. Absolutamente se vê campanhas para o idoso...*

*Também se pensa que o idoso não usa drogas por via endovenosa: imaginarmos o nosso avô a injectar-se com drogas é algo fantasmagórico, da mesma forma, ter uma relação sexual. As campanhas estão unicamente orientadas para uma população alvo. Como se poderia contornar isto? Já sabemos o que se passa, temos os dados, há situações que nos elucidam e esclarecem. O que é que está a faltar para que consigamos dar o salto e abranger esta população? Os profissionais de saúde estão mais sensibilizados para verem o idoso como um ser sexuado, com comportamentos de risco, mas ao mesmo tempo não se vê intervenção.*

➤ Pois não. Eu acho que a consciência sobre a sexualidade do idoso é uma consciência relativamente recente nos profissionais de saúde. Veja-se, quando nós colhemos algumas histórias clínicas, há questões que, com menos probabilidade colocamos ao idoso: sobre a vida sexual, do que colocamos a uma pessoa com menos de cinquenta anos, a quem assumimos, entre aspas, que é sexualmente activa. E o mesmo é verdadeiro relativamente ao pedido de exames complementares. Pede-se muito mais facilmente VDRL a um jovem do que a uma pessoa com cinquenta anos, que venha com uma doença, a não ser que tenha alguma particularidade que nos faça suspeitar de uma sífilis latente tardia, nos pedimos VDRL. Mas não é o impulso inicial, do ponto de vista do rastreio. A consciência sobre a sexualidade do idoso, como dizia há bocado, é uma consciência recente. O problema das campanhas de prevenção reside um pouco na capacidade que os organismos deverão ter para depois intervir em grupos alvo, por questões de prioridade, não deixar de fora todos os outros grupos. Se é verdade que dizemos que estão a deixar os idosos de fora das campanhas de prevenção, também é verdade que neste momento, do ponto de vista das campanhas que existem, estamos a deixar as crianças de fora, depois quando têm catorze anos, aqui d'el rei, que vão ter uma aventura sexual e se podem infectar. Então começasse a saltar para cima dos adolescentes, pensando que nessa altura eles estarão receptivos, ou terão desenvolvido competências. Eu acho que nem sequer é uma questão de receptividade, é uma questão de trabalhar com estas comunidades, no sentido de criar competências para a prevenção neste caso. Porque deixamos os idosos de fora, deixamos as crianças de fora, mas a verdade é que as crianças depois de uma determinada altura vão ter uma vida sexual e nessa altura já pode ser

tarde começar a intervir. O que as estatísticas mostram, ou alguns estudos, sobre o comportamento sexual dos adolescentes portugueses, de acordo com algumas estatísticas, 42% a 45% dos adolescentes portugueses na sua primeira experiência sexual não utilizaram o preservativo: eles e elas não utilizam método contraceptivo, quer o problema da gravidez na adolescência, quer as doenças sexualmente transmissíveis é algo de muito premente. O mesmo se passa em relação aos idosos: que é as franjas que ficam de fora. O termos adquirido esta consciência mais abrangente da doença pode levar a que as campanhas não percam de vista estes grupos, que devem continuar a ser grupos alvo. Naturalmente que em determinados momentos temos que privilegiar alguns e centrar a intervenção nalguns com certeza... mais de metade, ou quase metade dos portugueses que se infectaram com VIH, infectaram-se pelo consumo de drogas, portanto, naturalmente temos que direccionar um pouco as campanhas para essa dimensão. Agora, o que ficou de fora não foram só as crianças e os idosos, também foram os infectados. É preciso começar a dirigir a prevenção para os infectados porque a terapêutica anti retroviral permitiu, neste momento, que quem adira ao tratamento e faça um acompanhamento regular da sua doença possa ter uma longevidade muito próxima da de um indivíduo não infectado, portanto, o que quer dizer é que recuperou os seus anos de vida. Recuperou do ponto de vista da sua saúde física e portanto pode ter projectos de vida, que envolvam outras pessoas, nomeadamente ter um relacionamento sexual com pessoas não infectadas. É preciso fazer uma prevenção também para os infectados, direcciona-la para os infectados. Porque depois há aqui uma série de crenças que se vão estabelecendo, quer porque a terapêutica é muito eficaz, mas apesar de tudo não cura, nem impede que a doença seja mortal. Há crenças que se vão estabelecendo na comunidade, que fragilizam as mensagens de prevenção, portanto, nós vamos ter que lidar com a evolução e o impacto que a terapêutica tem sobre os infectados, e vamos ter que acompanhar o discurso da prevenção relativamente a este fenómeno. O que as pessoas hoje pensam sobre a SIDA é: " Ah, afinal isto não é tão mau como era no passado." E pode-se entrar um pouco na banalização e expor-se a mais riscos. E aí, eu penso que nos compete a nós, enquanto profissionais de saúde, recentrar esta discussão e alertar para quem trabalha nas áreas de prevenção que há aqui franjas que

precisam de continuar a ser monitorizadas e cuja prevenção deve ser amplificada. Andamos há não sei quantos anos à espera que as escolas iniciem programas de educação, eu não direi educação sexual, diria educação para a saúde, onde estaria incluída a educação sexual, porque cada vez mais não é o consumo de drogas por via injectável que nos vai preocupar, porque nestes últimos vinte anos o padrão de consumos também se modificou. Cada vez mais existem opções, que não implicam a utilização de seringa e agulha, agora a desinibição do álcool, a desinibição do extasy, a desinibição que outros tipos de consumo pode provocar, vai expor estas pessoas do ponto de vista sexual a alguns riscos. É isto que vamos ter de trabalhar. É difícil? É claro que é! Há aqui uma série de constrangimentos. Constrangimentos relacionados com construção da mensagem de prevenção. Há constrangimentos da aceitação da prevenção pela própria comunidade: eu estou-me a lembrar que a confederação de pais manifesta, ou uma parte da confederação dos pais, manifesta algumas reservas sobre o modelo de educação sexual, quando se centra apenas a educação sexual nas escolas, o modelo de educação que se deve transmitir numa escola. O que nós vamos ter de ser capazes é de perceber que a situação da pandemia é uma situação altamente preocupante em todo o mundo e que em Portugal também é muito preocupante, apesar de não ter a mesma proporção que tem África ou Ásia, com certeza que não, felizmente, mas ou somos capazes, todos, comunidade, os técnicos da área da saúde, os técnicos da área das ciências sociais, congregar esforços para limar algumas arestas, que continuam a ser o factor que dificulta mais o curso normal, um percurso normal de uma prevenção abrangente, ou então vamos andar mais dez anos a discutir o que já está discutido e que todos sabemos e a confrontarmo-nos com este crescimento paulatino da epidemia em Portugal.

*- Também notei que os idosos negam categoricamente ter HIV. Aliás, eles associam por exemplo a diabetes, a tensão arterial alta, “doenças das pernas”, como eles referem, mas não HIV. Por muitas voltas que se desse e por muito que se andasse à volta da situação, demonstrássemos abertura para... eles abordarem, de alguma forma este tipo de situação, eles negam categoricamente ter HIV, e muitos deles continuam a ter comportamentos de risco declaradíssimo. Do ponto de vista dos técnicos de saúde, até que ponto o*



*Dr. Kamal pensa que o técnico de saúde poderá ou deverá intervir? Sem por em causa, neste caso, o sigilo profissional? Em situações em que seja declarada, por exemplo, o risco para terceiros, ou mesmo para a comunidade, esse sigilo pode ser posto em causa...*

➤ Claro que pode! Essa é uma questão de fundo, que é verdadeira para o VIH, como é verdadeira para algumas doenças transmissíveis: para outras também, mas as transmissíveis acabam por ser as mais delicadas... a tuberculose, o HIV, a Hepatite B... são algumas doenças muito ligadas ao comportamento. A tuberculose não tanto, mas este é um problema de fundo. A questão que se põe é: naturalmente que é preciso salvaguardar o sigilo e a segurança da relação entre o doente e o profissional de saúde que o acolhe. Nestes últimos vinte anos quase sempre foi possível, nas pessoas que eu segui, que o próprio, ou sendo eu o mediador, conseguíssemos partilhar o diagnóstico com as pessoas que estariam mais directamente em risco. Estou a falar nos ou nas parceiras sexuais. É um trabalho muito difícil. É um trabalho que causa uma grande angústia aos técnicos, que passam a saber o diagnóstico, e que às vezes são a única pessoa a saber o diagnóstico do doente, e portanto, há aqui um trabalho que exige sensibilidade, exige alguma atenção e um empenho do próprio profissional de saúde, para ajudar o próprio a confrontar-se com o diagnóstico, a arrumar a casa, a separar algumas coisas e depois ser capaz de começar a preparar a partilha do diagnóstico com o seu ou a sua parceira sexual: e depois tentar encontrar os meios que diminuam, o que resulta do ponto de vista do equilíbrio familiar ou conjugal, a partilha desta informação. Há aqui várias componentes para as quais devemos estar atentos. Quem trabalha nesta área foi adquirindo e foi aprendendo, um pouco às vezes com os próprios doentes, que tipo de competências tinha que ir obtendo para que este processo seja o menos turbulento possível. No limite podemos sempre pedir que nos seja levantado o dever de sigilo, através das Ordens dos profissionais que temos, para abrir e dar conhecimento do diagnóstico ao, ou à parceira sexual que esteja em maior risco de se infectar, quando temos conhecimento que a pessoa está deliberadamente a pôr em risco essa pessoa. Temos poucas oportunidades de testar o contrário. Isto é, a pessoa pode dizer: "eu não estou a pôr em risco o meu, ou a minha parceira sexual, porque utilizo o preservativo nas relações sexuais". Nós não temos forma de testar a

veracidade dessa afirmação. Temos de assumi-la como verdadeira. O problema que se põe é: este é um instrumento que nós enquanto profissionais temos ao nosso alcance, e que no limite podemos usar. Ele deverá ser usado com o máximo de critério e com todos os cuidados porque a quebra de confiança, entre o profissional de saúde e a comunidade, do ponto de vista da confidencialidade e do dever de sigilo, ele pode afastar estas pessoas da procura do próprio sistema. Isto é uma lâmina de dois gumes. Não há uma regra que se aplique a toda a gente e a todos os profissionais. Se calhar quando se chegar a essa decisão é preferível que a equipa já tenha discutido isso. Para que a decisão seja uma decisão amadurecida, com todos os aportes. E a equipa pode ser duas pessoas. Não estou a pensar numa equipa multidisciplinar com... no terreno, às vezes, as equipas são duas pessoas. Podemos usar esse requisito que temos. É o último dos recursos. A maior parte das vezes conseguimos obter algum espaço de manobra para servirmos inclusivamente de mediadores: porque muitas vezes a razão pela qual... a maior dificuldade que existe, ou que parece existir, nalguns momentos, na experiência que eu fui recolhendo dos meus doentes, é que... o que nós temos de ser capaz, depois de trabalhar, de fundo, no momento em que vamos começar a propor ao doente a partilha do seu diagnóstico, é que uma coisa é partilhar com o seu, a sua parceira o diagnóstico: "eu estou infectado". Naturalmente a pergunta que sairá imediatamente a seguir do outro lado é: "como é que te infectas-te?" Agora ... para quem está infectado o problema não é sentir inicialmente, ou a dificuldade inicial não é apenas dizer se está ou não está infectado, é dizer se está ou não está infectado e como se infectou. Nós temos de ajudar as pessoas a separar essas duas coisas e dizer-lhes ... no limite pode ter que dizer: "eu neste momento não sou capaz de te dizer como foi. Eu sei como foi. Preciso de algum tempo. Podemos falar disso num segundo tempo, neste momento é importante dizer-te que estou. Preciso de tempo para trabalhar o resto."

Pode ser preciso fazer esta separação, que não é clara para quem tem uma doença transmissível, que exige um esforço imenso e um sofrimento imenso para quem está infectado e para o técnico, que é o fiel depositário desta informação, e que tem de a saber gerir em todas as dimensões, porque

no limite isto interfere connosco, com os nossos valores, com as nossas crenças, as nossas decisões e o nosso sentido de justiça, e com ...enfim...

*- Porque estamos a falar também em técnicos muito específicos e possivelmente com formação, porque lembro-me, ainda há pouco anos, quando trabalhei num serviço de medicina, e eram bastante os idosos que surgiam numa medicina com uma infecção respiratória e depois na sequência dos exames auxiliares de diagnóstico vinha-se a descobrir que tinham HIV. Deixava-me muito apreensivo tudo o que seguia, ou melhor, tudo o que não se seguia. Apercebi-me, a maior parte das vezes, que o utente era unicamente confrontado com o diagnóstico. As pessoas saíam a maior parte das vezes sem serem encaminhadas, sem perceberem sequer o que tinham. Estas pessoas, muitas vezes têm um limite de informação muito específico, relacionados com as suas características e dos recursos que têm. A nível dos técnicos deveria haver uma preparação, reciclagem. Este assunto incomoda-os também, não se sentem à vontade, nem preparados a maior parte das vezes para o abordar.*

➤ Sabe que a palavra certa é reciclagem. É nossa obrigação, enquanto profissionais na área da saúde, sobretudo nesta área em que o acesso à informação está quase ao toque do botão, procurarmos actualizar-nos, em programas de formação as pessoas. Por outro lado há aqui uma modificação imensa em relação às expectativas da própria comunidade, em relação ao que o profissional de saúde pode fazer. Já lá vai o tempo em que as separações entre as doenças médicas, cirúrgicas e dentro de cada uma delas as infecciosas e as não infecciosas, estavam muito compartimentadas, isto é, o doente hoje entra porque tem uma hepatite, ou uma apendicite e precisa de ser apendicetomizado e faz parte da cirurgia, do pré-operatório, pedir uma serologia. O problema é que nós não fizemos, ou não estivemos atentos à formação dos profissionais que estão na especialidade cirúrgica, de como devem lidar, se de alguma forma chegar um resultado positivo, ou negativo. Isto é, a melhor oportunidade que nós temos de fazer prevenção primária é aproveitar o momento de um teste negativo. Quando vem positivo temos de minimizar as consequências, mas quando vem negativo podemos reforçar mensagens de prevenção. Neste contacto que uma pessoa da comunidade teve com o pólo assistencial, esta oportunidade é uma oportunidade

privilegiada. Fomos em determinados momentos muito hospitalistas na nossa dimensão da doença, mas fomos hospitalistas enquanto pessoas que trabalham nos hospitais, mas também ... no centro de saúde acontece a mesma coisa, isto é, a dimensão preventiva da doença existe mais do que no hospital e os profissionais dos cuidados de saúde primários estão mais alertados para isso, mas depois quando descemos ao concreto percebemos que a atitude é equivalente àquela das pessoas do hospital. Portanto, claramente que cada vez mais teremos que repensar um pouco neste modelo de intervenção que todos nós tivemos, ora no hospital, ou no centro de saúde. Cada vez mais as doenças do comportamento passam a fazer parte do nosso quotidiano, desde a obesidade aos consumos. Para nós adquirirmos competências de prevenção não precisamos de focalizar nesta ou naquela doença, agora, podemos aproveitar as competências que adquirimos para uma determinada doença e alarga-la para outras doenças, que têm princípios idênticos de transmissão, ou cuja mensagem de prevenção se pode fazer nos mesmos moldes. E o que a SIDA nos ensinou, por exemplo, nos últimos anos, vinte cinco anos, é que, nomeadamente, os doentes agora, quando chegam à consulta, uma percentagem apreciável tem uma opinião formada sobre a doença, não é sobre a sua doença, é sobre a doença em si. Sabem falar sobre alguns medicamentos, ou já leram ou já conhecem alguém a fazer terapêutica, fazem perguntas e alguns exigem que seja aquele esquema que viu na Internet, que é muito eficaz, e ele quer aquele e não quer outro que nós lhe estamos a propor, e cabe-nos a nós dizer: "este é um bom esquema, mas os esquemas terapêuticos têm de ser individualizados de acordo com outras coisas e portanto não há o melhor esquema, há bons esquemas terapêuticos de acordo com as características de cada pessoa." Nós não tínhamos esta competência, não é? Não há muito tempo, em serviços de especialidade, eu ouvia discursos do tipo, em que o doente chega e diz, faz três ou quatro perguntas e o que o médico lhe tem para responder é: "meu amigo, quem é o médico aqui sou eu e não você, é assim que vai fazer as coisas e ponto final." Isto é, nós temos de adquirir novas competências de comunicação porque a realidade é outra, a realidade das doenças transmissíveis impõe-nos um outro ritmo, mais intenso e mais atento, mas não é exclusivo das doenças transmissíveis. Claramente que nós vamos ter de intervir na formação dos

técnicos em geral. Continuar a limar esta aresta, entre quem está no hospital e quem está no centro de saúde, porque o doente que entra numa especialidade de ponta para fazer uma coisa neurocirúrgica pontual, ou uma cirurgia plástica, estética, meramente estética, vai fazer uma serologia para o VIH e o profissional que trabalha nessa área aprende a lidar com esse resultado, ou então vão acontecendo, como acontecem, os doentes que está a referir. Já o mundo acaba de ruir para uma pessoa que se confronta com o diagnóstico, quanto mais deixa-lo entregue a si próprio, ou a qualquer coisa de que ele não faz muito bem ideia ... o que é que se diz a uma pessoa de sessenta anos, que tem uma infecção por VIH, que é rural e para quem a informação sobre o VIH não chegou? Ele tem uma ideia de umas coisas, que ele próprio nem sequer sabe muito bem. É que nem todas as pessoas estão ainda informadas e nem a todas as pessoas podemos passar uma brochura para a mão e dizer-lhe: "olhe leia-a": porque mesmo alguns não saberão ler e outros mesmo que leiam, o grau de complexidade daquela descrição não lhes diz nada, e portanto, a prevenção vai passar muito na relação pessoa a pessoa. E essa prevenção vai cimentar os comportamentos futuros, porque se a pessoa se sentir minimamente segurizada irá voltar quando tiver dúvidas, se lhe for dito: "olhe tem de ir à sua consulta de infecto": para quem tem sessenta anos, que recuperou, por exemplo de uma pneumonia, o VIH foi um epifenómeno daquele internamento, e enquanto se sentir bem não vai procurar assistência e depois vai procurar assistência numa primeira infecção oportunista mesmo, e aí estará em maior risco de mortalidade, de complicações: e se for sexualmente activo, continuara a transmitir, ou à sua parceira ou aos contactos sexuais ocasionais que for tendo: e se calhar está-o fazendo sem ter tido consciência da doença, porque nós fomos incapazes de lhe transmitir essa consciência. Já lá vai o tempo em que a estratégia de atemorizar ou de assustar para ver se modificava comportamentos era usada. Está demonstrado que isso não funciona.

Não é por aí que temos de ir. Eu acho que cabe-nos a nós, todos, tomar consciência desta realidade, perceber que é uma realidade... isto é um alvo móvel, não é um alvo fixo. Como alvo móvel que é nós vamos ter de acompanhar a formação de todos nós, nas várias áreas, nas várias dimensões, porque não é verdade que o enfermeiro, ou o médico, ou o assistente social,

que trabalha numa especialidade cirúrgica, tem de saber menos sobre estas doenças do comportamento do que aquele que trabalha numa enfermaria de uma medicina ou numa enfermaria de doenças infecciosas, ou num centro de saúde, não é verdade! Cada vez mais isto é menos verdade. Uns terão maior experiência, porque passaram a lidar todos os dias, mercê da população que servem, mas se os outros não tiverem adquirido algumas competências em lidar com isso, estarão deixar passar oportunidades que profissionalmente lhes compete gerir bem e orientar bem.

*- Uma ultima questão, Dr. Kamal, prende-se com, na sua experiência e nos seus longos anos ligados ao HIV, nomeadamente na população idosa masculina. Quais são as grande dificuldades com que esta população se debate? Ou seja, um idoso quando aparece na consulta, quando aparece no internamento, quais são na generalidade as grandes dificuldades com que lida?*

➤ Mais uma vez, aquilo que nós verificamos é que quanto mais nova é a população dos profissionais, que trabalha na enfermaria, menor é a sensibilidade que nós temos relativamente a alguns cuidados que o idoso espera que tenhamos e que para nós são banais: esse é logo um primeiro motivo de inquietação do idoso, isto é, se para pessoas da sua geração ou mais ou menos novas, destapá-lo enquanto está despido ao fazer-lhe a higiene sem puxar o cortinado, fará sempre, causará sempre, algum embaraço, no idoso isto pode ter consequências devastadoras. Eu estou-me a lembrar do que os idosos me diziam muitas vezes, no Banco, quando os despíamos para eles ficarem com a bata e ficarem internados. O que eles se sentiam era despidos: “então vão-me tirar a roupa toda?”. Para nós era uma rotina pôr-mos-lhe uma bata, e até ficaria mais confortável por acaso. Esta diferença de comunicação, entre uma geração muito nova, e os valores que nós transportamos e aquilo que temos de preservar no idoso são uma situação de algum embaraço.

Depois quando se tem a infecção por VIH e se é idoso... ele pode ter muita dificuldade de falar sobre isso: normalmente tem, a não ser que já tenha sido anteriormente seguido e tenha tido uma boa experiência no seguimento. Porque depois, normalmente, os doentes já passaram por, já tiveram contactos com profissionais de saúde nesta ou naquela instituição, neste ou naquele

Banco de urgência e guardam estas memórias e são mais ou menos receptivos à intervenção que nós possamos ter e às iniciativas que possamos tomar. O idoso terá sempre alguma dificuldade em falar da sua infecção por VIH, a não ser que seja directamente questionado ele só vai dizer, ou não vai falar disso espontaneamente. Quando fala disso espontaneamente, o que significa geralmente, é que ele já esteve a ser acompanhado. Alguém que o acompanhou já conseguiu trabalhar muitas pequenas coisas, de modo que ele possa falar sobre isso sem ter grandes inibições. Depois não podemos perder de vista, quer queiramos quer não, exercemos, consciente ou inconscientemente, com maior ou menor intensidade, alguma atitude discriminatória perante algumas doenças e o VIH ainda continua, nalgumas especialidades, a ser discriminado. Poderá não ser ostensivamente discriminado mas há pequenos gestos que nós deixamos escapar que denunciam isso. E isso torna ainda mais difícil a comunicação. Depois, a maior parte dos idosos ... que esta gente nova, como dizia uma das idosas que tínhamos aqui no serviço, esta “canalhada” irrompe por aí fora e se põe a fazer perguntas sobre a sexualidade deles. Isto exige que tenhamos alguns cuidados na forma como devemos conversar com ele sobre a sua própria sexualidade e sobre a infecção por VIH. A maior parte das vezes para o idoso ter uma infecção por VIH e ter SIDA não é claro. Para ele é a mesma coisa e separar as duas coisas é muito complicado. Ele está muito mais facilmente disponível para acreditar que nós não lhe vamos dizer algumas coisas para não o assustar. Quando lhe dissemos que tem uma infecção, mas não tem forma grave da doença, o que às vezes o idoso nos diz é: “está-me a dizer isto para tranquilizar-me.”.

Portanto nós vamos ter de ... a pessoa mais nova começa por dizer uma coisa parecida com esta, mas depois mais tarde acaba por perceber mais facilmente, até porque no tempo dele o discurso era assim. Isto é o modelo que ele tem de uma doença grave, é o modelo oncológico. E na oncologia, o que se fazia no passado era ocultar-se o diagnóstico ao doente idoso ou ao doente mais grave. O que a infecção por VIH nos ensinou ao longo do tempo é que é muito mais importante ser-mos capazes de partilhar com o doente o diagnóstico e ele ser capaz de intervir em todo o processo com a sua vontade própria, do que ocultarmos um diagnóstico e sermos nós os únicos a intervir.

Mas o modelo do idoso não é este. A ele não lhe faz sentido dizermos-lhe que o modelo actual é este. Portanto há aqui uma dificuldade acrescida do próprio idoso em aceitar o nosso modelo de intervenção. Ele olhará para nós sempre com algum grau de suspeição, até acreditar que: “pronto, aquilo que me estão a dizer tem uma importância prática para mim e eu afinal não estou tão mal como eu imagino, do conhecimento que tenho ou que não tenho da doença.”. Portanto isso é uma outra situação que causa a dificuldade no idoso. Normalmente o doente idoso é um doente que tem múltiplas patologias, é muito apelativo, espera de nós mais do que aquilo que lhe podemos dar e está internado quase sempre por uma complicação de uma patologia, de uma outra patologia crónica, do que do VIH, que se enxertou ali e portanto...ele está muito mais aflito com a falta de ar, que precisa de resolver, ou com o edema nos membros inferiores, que precisa de resolver, do que pela infecção por VIH, que nos leva muitas vezes a questionar sobre os seus antecedentes sexuais, epidemiológicos. Pode não ser muito importante no idosos nós colhermos uma história sexual detalhada para percebermos como é que a infecção ocorreu. Podemos poupa-lo a isso. Pode ser mais importante darmos-lhe a conhecer que estamos perante uma infecção por VIH, como é que ela se transmite, o que é que ele deve fazer para não a transmitir. E depois esperar que nos ponha questões. As avós, a quem eu transmiti o diagnóstico da infecção... as situações de maior angústia, que elas me transmitiam eram: “mas eu posso estar com o meu neto ao colo? Eu posso dar um beijinho ao meu neto?”. E algumas estiveram anos, dez, doze e quinze anos, depois do acompanhamento que fomos tendo e ainda hoje elas me dizem: “eu só consegui dar um beijinho ao meu neto vários anos depois. Eu fugia disso. Quando ele vinha para o meu colo eu ficava completamente perturbada”. E era um trabalho que era feito em cada consulta e a pessoa saia segura, ou securizada, de que não ia transmitir a doença por aquelas vias, mas não era isso que ela sentia e o comportamento dela não dependia do que eu tinha dito para securiza-la mas dependia da sua representação da doença. Isto é causador de sofrimento. As vezes não vale a pena no idoso explorar a sua história sexual, como fazemos no jovem adulto, ou num infectado mais jovem, que precisa de algum acompanhamento sexual. Se calhar não é preciso ir escavar esse passado. É preciso preparar todo o resto do percurso e dizer-lhe que ele não transmite a doença aos netos, se vive



em casa dos filhos e partilha um quarto, não constitui nenhuma situação de risco. Trabalhar isto e trabalhar isto de uma forma continuada, porque no início o idoso nem tem grande disponibilidade para ouvir estas coisas e reter, porque tem múltiplas patologias, porque tem alguma demência associada à idade, porque aquilo não é muito importante para si naquela fase, ou porque simplesmente tem de apagar isto, porque: “agora vão-se pôr a fazer perguntas da minha sexualidade... que isto aconteceu há cinquenta anos e agora é que me tenho de confrontar com isto.” A abordagem ao idoso deve ser diferente, deve tomar muito mais em consideração como é o depois. Perceber como foi o antes, porque isso pode-nos ajudar a dar algumas orientações, mas não centrar aí, centrar no depois. E essa é uma particularidade para a qual devemos estar atentos.

Tradicionalmente, pela formação que todos nós temos em relação à infecção por VIH, lidamos com o idoso como lidamos com a infecção por VIH no indivíduo sexualmente activo e adolescente, não quer dizer que o idoso não tenha, mas para ele a dimensão dos problemas é outra. Um idoso dizia-me, quando eu lhe falava dos preservativos, porque eu tinha percebido que ele tinha relações sexuais ocasionais sem preservativo, e em cada consulta falávamos sobre isto. Ele olhava para mim com um ar: “mas o que é que este miúdo”, ele tinha setenta anos: “me quer ensinar?”. Era isto que ele me dizia sem dizer. E eu falava-lhe dos preservativos. Consulta após consulta nós íamos sabendo, ele ia contando algumas das suas aventuras ocasionais e algumas delas eram sem preservativo. E um belo dia ele diz-me assim: “oh doutor aos setenta sem preservativo já é difícil e o senhor diz-me que tem de ser com preservativo.... E não é possível.” Dizia-me ele. Isto é a verdade do quotidiano, que se calhar quando chegar a nossa vez será verdade para nós. Eu tenho de encontrar uma estratégia de comunicação e um discurso cujo ponto de partida é este: aos setenta anos, sem preservativo já é difícil, com preservativo não vai ser possível sequer. O meu ponto de partida não era este, o meu ponto de partida era: “veja lá, está a pôr terceiros em risco e está-se a pôr em risco novamente, porque se contrair uma outra doença sexualmente transmissível o HIV vai evoluir rapidamente... pode-se infectar, porque ela pode estar infectada e o vírus ser diferente, e o vírus ter um comportamento diferente.” Os meus pressupostos eram estes e quando eu sou confrontado

com isto, tão terreno... nós temos de conversar sobre isto a partir desta realidade, porque é esta a realidade desta pessoa. Portanto, lidar com o idoso, obriga a que também estejamos atentos ao que ele nos diz e à sua realidade. E ele só nos diz isto muito tempo depois. Não dirá na primeira ou na segunda, terceira ou quarta consulta. Se nós formos capazes, de num internamento, sensibiliza-lo para algumas coisas importantes, securiza-lo e referencia-lo correctamente, estaremos a prestar-lhes um bom serviço: agora, não conseguiremos fazer este trabalho todo nesse primeiro encontro que vamos ter, quer seja de uma semana, quinze dias ou três semanas.

O que o preocupa são outras coisas que o levaram ao internamento, a falta de ar, a escára que tem, é a dor, a dificuldade que tem em falar, é tudo. A todas estas dificuldades não podemos acrescentar ainda mais a dificuldade dele falar sobre a sua sexualidade, porque nos tempos dele não se falava destas coisas, muito menos a estranhos. É aí o ponto de partida.

*- Como disse ainda há pouco, isto é um alvo móvel, temos de acompanhar a progressão...*

*- É!*

*- Dr. Kamal agradeço-lhe a disponibilidade....*

### **ANEXO 3 – INFORMAÇÃO ESTATÍSTICA FORNECIDA PELO INSTITUTO RICARDO JORGE**



# Distribuição dos casos de infecção pelo VIH / SIDA, segundo o grupo etário.

Current selection: (GRETARIO>="60-64 ANOS" AND GRETARIO<="> 65 ANOS") AND (RESIDÊNCIA=LISBOA)

GRETARIO	Freq	Percent	Cum.
60-64 ANOS	248	51.7%	51.7%
> 65 ANOS	232	48.3%	100.0%
Total	480	100.0%	

GRETARIO = Grupo Etário

Current selection: (GRETARIO>="60-64 ANOS" AND GRETARIO<="> 65 ANOS") AND (RESIDÊNCIA=LISBOA)

ANO	TNOTIFIC			Total
	CRS	PA	SIDA	
1985	0	0	2	2
1986	0	0	2	2
1987	0	1	1	2
1988	2	1	3	6
1989	1	1	8	10
1990	2	1	9	12
1991	0	2	7	9
1992	5	1	10	16
1993	2	3	8	13
1994	3	3	11	17
1995	3	5	10	18
1996	0	10	13	23
1997	8	11	18	37
1998	4	21	19	44
1999	10	15	17	42
2000	5	3	19	27
2001	7	17	20	44
2002	4	17	22	43
2003	1	13	25	39
2004	4	17	25	46
2005	3	9	16	28
Total	64	151	265	480

Ano = Ano de diagnóstico

TNOTIFIC = Tipo de Notificação

PA = Portadores Assintomáticos

CRS = "Complexo Relacionado c/ SIDA"  
Casos Sintomáticos não-SIDA

Current selection: (GRETARIO>="60-64 ANOS" AND GRETARIO<="> 65 ANOS") AND (RESIDÊNCIA=LISBOA)

GRETARIO	SEXO		Total
	F	M	
60-64 ANOS	64	184	248
> 65 ANOS	52	180	232
Total	116	364	480

Current selection: (GRETARIO>="60-64 ANOS" AND GRETARIO<="> 65 ANOS") AND (RESIDÊNCIA=LISBOA)

GRETARIO	ESTAVITAL		Total
	M	V	
60-64 ANOS	90	158	248
> 65 ANOS	101	131	232

ESTAVITAL = Estado Vital

M - Morto

V - Vivo

*[Handwritten signature]*  
7.04.06

Total	191	289	480
-------	-----	-----	-----

Current selection: (GRETARIO>="60-64 ANOS" AND GRETARIO<="> 65 ANOS") AND (RESIDÊNCIA = LISBOA)

GRISCO	GRETARIO		Total
	60-64 ANOS	> 65 ANOS	
DESCONHECIDO	12	19	31
HEMOFILICO	1	0	1
HETEROSSEXUAL	186	176	362
HOMO OU BISSEXUAL	38	30	68
OUTRO/INDETERMINADO	1	0	1
TOXICODEPENDENTE	2	2	4
TRANSFUSIONADOS	8	5	13
Total	248	232	480

GRISCO = Categoria de Transmissão

Current selection: (GRETARIO>="60-64 ANOS" AND GRETARIO<="> 65 ANOS") AND (RESIDÊNCIA = LISBOA)

VIH1	VIH2			Total
	D	N	P	
D	3	0	0	3
N	0	0	35	35
P	0	429	13	442
Total	3	429	48	480

Tipo de vírus

VIH<sub>1</sub> = 429 casos

VIH<sub>2</sub> = 35 casos

VIH<sub>1+2</sub> = 13 casos

Vírus não referido = 3 casos

Fonte: GREDT / INSA  
(31.12.2005)

H. P. P.  
2.4.06

## **ANEXO 4 – FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO**

# Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis

Vigilância Epidemiológica da Infecção pelo VIH

Folha de Notificação (ver instruções no verso, s.f.f.)

N.º

/SIDA

A preencher pelo CYEBT



Ministério da Saúde

## 1. Tipo / Classificação

SIDA ☐

CDC\*

	A	B	C
1			
2			
3			

CRS-LGP ☐

PA ☐

\* Se também disponível

## 2. Datas

Ano provável de infecção \_\_\_\_\_

Notificação aa/mm/dd

Diagnóstico aa/mm/dd

1.ºs Sintomas aa/mm/dd

Falecimento aa/mm/dd

## 3. Dados de Codificação

Último apelido (3 prim.ªs consoantes) \_\_\_\_\_

Primeiro nome próprio (2 prim.ªs consoantes) \_\_\_\_\_

Sexo (M/F) \_\_\_\_\_ Data de nasc. aa/mm/dd Idade \_\_\_\_\_

Naturalidade \_\_\_\_\_

Nacionalidade \_\_\_\_\_

## 4. Residência

Distrito \_\_\_\_\_ Concelho \_\_\_\_\_

País de resid.ª no provável contágio \_\_\_\_\_

País de resid.ª nos 1.ºs sintomas \_\_\_\_\_

## 5. Motivo

Motivo da consulta/internamento ou do teste \_\_\_\_\_

## 6. Gravidez

Gravidez à data de diagnóstico? SIM ☐ NÃO ☐

Categoria de transmissão da mãe nos casos de mãe-para-filho

☐ Toxicodependente IV

☐ Heterossexual

☐ Transfundida Data aa/mm/dd País \_\_\_\_\_

☐ Outras/Indeterminada

## 7. Viagens/Estadas no estrangeiro c/ possibilidades de contágio

País	Datas	Tipo de contágio
_____	<u>aa/mm/dd</u>	_____
_____	<u>aa/mm/dd</u>	_____
_____	<u>aa/mm/dd</u>	_____
_____	<u>aa/mm/dd</u>	_____

Serviço militar fora de Portugal

_____	<u>aa/mm/dd</u>	_____
_____	<u>aa/mm/dd</u>	_____

## 8. Categorias de transmissão

☐ Bissexual ☐ Heterossexual

☐ Homossexual ☐ Toxicodep. IV

☐ Diálise renal ☐ Hemofílico tratado c/ concentrados

☐ Hemofílico tratado/cioprecipitados/plasma

☐ Infecção nosocomial

☐ Transfundido Data aa/mm/dd País \_\_\_\_\_

☐ Transplantado Data aa/mm/dd

☐ Trab. sexo ☐ Transmissão mãe-para-filho

☐ Outras categorias (especificar) \_\_\_\_\_

## 9. Características do parceiro no contacto heterossexual

☐ Desconhecido

☐ Hemofílico

☐ HIV 1 positivo

☐ HIV 2 positivo

☐ Homem Bissexual

☐ Originário/residente de país estrang. Qual? \_\_\_\_\_

☐ Trab. sexo

☐ Toxicodependente IV

☐ Transfundido

☐ Nenhum dos grupos mencionados

## 10. Doenças Indicadoras de SIDA

1. Doença \_\_\_\_\_

Método de diagnóstico \_\_\_\_\_

Data aa/mm/dd Serviço \_\_\_\_\_

2. Doença \_\_\_\_\_

Método de diagnóstico \_\_\_\_\_

Data aa/mm/dd Serviço \_\_\_\_\_

3. Doença \_\_\_\_\_

Método de diagnóstico \_\_\_\_\_

Data aa/mm/dd Serviço \_\_\_\_\_

4. Doença \_\_\_\_\_

Método de diagnóstico \_\_\_\_\_

Data aa/mm/dd Serviço \_\_\_\_\_

## 11. Serologia VIH

	Data	Data 1.º teste VIH+
<input type="checkbox"/> Anti-VIH 1	<u>aa/mm/dd</u>	<u>aa/mm/dd</u>
Obs.	_____	_____
<input type="checkbox"/> Anti-VIH 2	<u>aa/mm/dd</u>	<u>aa/mm/dd</u>
Obs.	_____	_____
<input type="checkbox"/> Anti-VIH 1+VIH 2	<u>aa/mm/dd</u>	<u>aa/mm/dd</u>
Obs.	_____	_____
<input type="checkbox"/> WBlot 1	<u>aa/mm/dd</u>	<u>aa/mm/dd</u>
Obs.	_____	_____
<input type="checkbox"/> WBlot 2	<u>aa/mm/dd</u>	<u>aa/mm/dd</u>
Obs.	_____	_____
<input type="checkbox"/> Antigénio	<u>aa/mm/dd</u>	<u>aa/mm/dd</u>
Obs.	_____	_____
<input type="checkbox"/> Outros	<u>aa/mm/dd</u>	<u>aa/mm/dd</u>
Obs.	_____	_____

## 12. Entidade que notifica

Nome \_\_\_\_\_

Serviço \_\_\_\_\_

Hospital \_\_\_\_\_

## 13. Outros Serviços que Contactam ou Contactaram com o doente

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Vigilância Epidemiológica da Infecção pelo VIH**  
**Folha de Notificação**

**Instruções para o preenchimento**

■ Escrever legivelmente com letra de imprensa.

■ **Ponto 8 – Categorias de Transmissão –**

- pode ser assinalada mais do que uma categoria de transmissão;
- a opção **Outras categorias** refere-se a qualquer modo de transmissão não mencionado anteriormente como, por exemplo, corte, picada involuntária por agulha ou contactos com líquidos orgânicos.

■ **Ponto 10 –** deve seguir-se a **“Definição de Casos de SIDA para Fins de Vigilância Epidemiológica, Revisão de 1993”** (Doc. 77 do C.V.E.D.T./Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA, Junho de 1994).

■ Mais Informações em [www.sida.pt](http://www.sida.pt)

**Envio da Folha de Notificação**

■ Enviar a Folha de Notificação para:

**Instituto Nacional de Saúde  
Centro de Vigilância Epidemiológica  
das Doenças Transmissíveis  
Av. Padre Cruz  
1649 – 016 LISBOA**

**Tel. 217 519 200  
Fax. 217 590 441**



## **ANEXO 5 – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DE ENTREVISTA**



Ex.<sup>a</sup> Directora do \_\_\_\_\_

Sr.<sup>a</sup> Enfermeira \_\_\_\_\_

**Assunto: Tese de Investigação – Aplicação de entrevista semi-estruturada.**

Ex.mos Senhores,

Francisco Manuel Lopes da Cruz, enfermeiro e aluno do segundo ano do mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, área de especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde, na ESTeSL (Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa), em parceria com a Universidade de Évora, a desenvolver uma tese na área do HIV/SIDA, encontrando-se orientado na mesma pela Prof. Dr.<sup>a</sup> Graça Morais e pelo Prof. Dr. Carlos Silva, ambos docentes da Universidade de Évora, solicita que lhe seja facultada a possibilidade de efectuar 10 (dez) entrevista a utentes que estejam a ser acompanhados, em regime ambulatorio, ou internados nos vossos serviços. O objectivo do trabalho tem por alvo a população masculina, com mais de 60 (sessenta) anos e infectada com o HIV. Pretende-se, por um lado conhecer melhor esta população, incluindo no âmbito da dinâmica sócio/familiar, por outro lado pretende-se apurar a informação que esta população tem na área da prevenção e o apoio que lhe é facultado por organizações de saúde. O nosso código deontológico no artigo 88º (da excelência do exercício) determina que o enfermeiro deve:

*“c) manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada das ciências humanas.”*

A colheita de dados seria efectuada mediante entrevista personalizada, semi estruturada contendo perguntas abertas e perguntas fechadas. Opta-se por esta forma de entrevista a fim de possibilitar ao indivíduo entrevistado aprofundar razões pessoais, momentos vivenciados e toda uma experiência que poderá ser essencial para o conteúdo do trabalho de investigação.

Os princípios éticos devem acompanhar todo e qualquer processo de pesquisa. Ao sujeito envolvido no estudo científico, é devida uma correcta informação que preserve tanto as várias dimensões da sua vida privada e colectiva, como os direitos do próprio investigador.

Como refere Denise Polit e Bernardette Hungler, 1995 *“quando são utilizados indivíduos como sujeitos de investigações científicas – como costuma ocorrer na pesquisa em enfermagem – precisa-se ter muito cuidado para assegurar que os seus direitos estão protegidos”*.

Pelas razões citadas, tivemos em conta a preservação dos seguintes direitos: **direito ao anonimato e confidencialidade**, tendo sido a apresentação dos resultados feita de forma a que nenhum dos sujeitos possa ser reconhecido; **direito a um tratamento justo e equitativo**, tendo sido apresentado aos sujeitos os objectivos da investigação

**Segue em anexo guião da entrevista.**

Grato pela atenção dispensada,

Com os melhores cumprimentos pessoais,

Lisboa, 3 de Julho de 2006

---

(Francisco Manuel Lopes da Cruz)

## **ANEXO 6 – GUIÃO DE ENTREVISTA A IDOSOS MASCULINOS COM HIV**

Idade \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Área Profissional \_\_\_\_\_

Agregado familiar \_\_\_\_\_

- 1 - O que o levou a procurar o médico?
- 2 - Quais os primeiros sinais que o alertaram de que algo não estava bem consigo?
- 3 - Suspeitava de que estava infectado?
- 4 - Consegue lembrar-se da sua primeira reacção quando foi informado com o diagnóstico de HIV?
- 5 - Pensa que o profissional de saúde teve uma postura adequada quando lhe comunicou esse facto?
- 6 - Há quanto tempo sabe que tem SIDA?
- 7 - Que tipo de informação possuía relativamente ao HIV e às formas de transmissão antes de lhe ter sido diagnosticado o HIV?
- 8 - Que alterações surgiram na sua vida pelo facto de ter SIDA?
- 9 - A sua família sabe ou partilha do conhecimento do seu diagnóstico?
- 10 - Se sim, como lidam eles com isso?
- 11 - Já se sentiu marginalizado? Discriminado?
- 12 - Os seus colegas de trabalho, ou amigos, sabem do seu diagnóstico? Como reagiram e como reagem?
- 13 - Já teve relações homossexuais? Já teve relações extraconjugais? Já procurou prostitutas? Já usou drogas por via endovenosa?
- 14 - Qual a forma pela qual pensa ter adquirido o HIV?
- 15 - Que ideia tem presentemente das formas de prevenção relativamente ao HIV?
- 16 - Após saber do seu diagnóstico teve apoio, orientação, esclarecimento ou acompanhamento por alguma organização? Se sim, de que forma?
- 17 - Alguma vez teve acesso a campanhas de esclarecimento, prevenção.... Antes de saber que tinha SIDA?

## **ANEXO 7 – AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DE ENTREVISTAS**

De: Dse Hem ([dse@hegasmoniz.min-saude.pt](mailto:dse@hegasmoniz.min-saude.pt))

Assunto: Tese de Investigação – Aplicação de entrevista

Exmo. Senhor Enf.º Francisco Manuel Lopes da Cruz,

O seu pedido foi autorizado pelo que deve contactar a Sr.ª Enfermeira Cristina Dias do Serviço de Infecçiology e Medicina Tropical através do telefone n.º 213650480, para programar a visita ao serviço e a organização dos trabalhos.

Com os melhores cumprimentos,

A Enfermeira Directora

Isabel Gaspar

## **ANEXO 8 – TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA 1**



# ***CAMINHOS SOLITÁRIOS***

## **Entrevista – 1 (S)**

***Francisco Cruz***  
***14 de Julho de 2006***

## **Transcrição da Entrevista 1 – S**

*14 de Julho de 2006 – 18:30 h*

E – Qual a idade do senhor?

S – 63 (sessenta e três) anos, feitos há pouco

E – Presentemente é casado, solteiro, divorciado...?

S – Divorciado, já há muitos anos

E – Sabe precisamente há quantos anos é divorciado?

S – Sei, há 30 (trinta) anos. Vinte oito, trinta anos.

E – O senhor trabalhava em que área? Qual era a sua profissão?

S – Era Segurança, mais propriamente dito, que eles não gostam, era vigilante.

E – Foi vigilante até há pouco tempo?

S – Sim, até há pouco tempo: então eu estava a trabalhar quando me deu o ataque.

E – E trabalhou até há quanto tempo?

S – Até há dois anos; o tempo que estou aqui.

E – O senhor disse-me que era divorciado. E tem filhos?

S – Duas filhas, da senhora com quem casei e um menino de uma outra senhora: portanto, tenho duas filhas já de vinte e tal anos e tenho um puto, desculpe o termo, com nove anitos.

E – Diga-me, ainda se lembra do que o levou a ir ao médico pela primeira vez? Ou seja, antes de saber....

S – Eu ignorava tudo isto, e uma noite tou de .... Onde estava de serviço deu-me a impressão de que um alarme tocou, sabe que o sítio onde eu estava havia muitos alarmes e a gente tinha de estar sempre... tive o pressentimento de que um alarme tocou e vou a correr e sinto que um pé me falha e caí. Caí e bati com a cabeça no chão e dá-me a impressão de que perdi os sentidos. Quando recuperei tinha uma cadela, que tinha levado para lá e ainda lá está, e o animal estava-me a lamber.

E – Isso foi há quanto tempo?

S – Há três anos.

E – Até aí não se tinha apercebido de que haveria algo “errado” consigo?

S – A única coisa, e eu comecei a aperceber-me de que era uma coisa passageira, era a falta de apetite e o tabaco... sabe, nós os fumadores quando saímos de um transporte público temos tendência de pegar logo no cigarrito, e eu peguei e comecei a fumar e o tabaco começou-me a saber mal e eu digo: “que é isto?”. Comecei a fumar cada vez menos, tanto que hoje, presentemente, não fumo.

Fumo um cigarro por graça; vejo os colegas a fumar e vem-me aquela vontade, mas chego por vezes a dar duas fumaças e deito o cigarro fora.

E – Até essa altura não se apercebeu que algo estivesse “errado”. E quando perdeu o apetite pensou que fosse algo de preocupante?

S – Não, pensei que fosse uma coisa passageira.

E – E como consequência dessa queda foi ao hospital? Como foi?

S – Eu tinha e tenho um rapaz muito meu amigo: que eu comecei a viver sozinho, depois de separado, comecei a viver sozinho e tenho um rapaz que estava na mesma empresa e que somos muito amigos e eu tinha a chave da casa dele e ele tinha a chave da minha. Esse rapaz é que por sorte, minha sorte, foi lá, abriu a porta e encontrou-me caído. Tinha-me dado uma trombose, já me deram duas trombozes. Por isso é que estou mais ou menos assim. Ele é que foi à agenda, procurou o número e ligou, e por acaso ligou para a mãe deles, a minha ex-mulher. O nome dela é difícil \_\_\_\_\_, é conhecida como \_\_\_\_\_, e ela disse-lhe que era a mãe das filhas. Segundo depois eu sei e tive conhecimento, ela é que ligou para as minhas filhas e elas imediatamente foram lá a casa e chamaram os bombeiros e fui internado no Hospital Y. Estive lá internado um ou dois meses e a própria médica tinha a impressão que eu tinha uma broncopneumonia, era qualquer coisa pulmonar. Tanto que ela me pôs, depois, até a usar máscara. Tanto que uma vez, depois de fazer muitos exames ela chamou-me e disse-me, ela já conhecia até as minhas filhas, e disse-me por estas palavras: “ O senhor anda com muitas mulheres?”, e eu disse: “ O Sr.<sup>a</sup> Doutora, claro que andei com muitas mulheres, sou um homem livre”; “ então já sabe o que tem...”. Claro que para bom entendedor meia palavra basta.

E – Quando ela lhe disse isso, percebeu o que tinha?

S – Não me apercebi, mas pensei logo, queres ver que eu tenho... Ela virou-se e disse-me assim, foi o que me levou mais a pensar: “ O senhor tem a coragem de dizer às suas filhas?” e eu disse: “ Tenho sim, senhora doutora.”, “ Então olhe, pronto, já sabe o que é, não sabe?

E – Esta médica chegou em alguma altura concreta a dizer-lhe o que tinha?

S – Nunca me disse concretamente.

E – Então não soube concretamente pela médica. Como se apercebeu então?

S – Uma das pessoas com quem tinha andado, que na altura... quando teve de fazer uma operação; nessa altura descobriu-se que tinha a doença que eu tenho, e eu como andei com ela. As pessoas que me conhecem a mim e a conhecem a ela disseram-me: “ Cuidado que tu deves ter. Ora tu andas-te com fulana, deves ter.”. Eu ainda cheguei a fazer um exame e não acusou nada. Penso que deveria ter sido por ser muito ao princípio, ou qualquer coisa. E na altura em que a médica me disse se eu tinha coragem, eu lembrei-me logo dessa pessoa. Essa pessoa, infelizmente já esteve aqui nesta casa e já morreu. E eu aí apercebi-me.

E – E o senhor consegue lembrar-se qual foi a sua reacção ao confrontar-se com esta situação?

S – Tem sido pior agora que na altura. Na altura, quer dizer, a família ajudou-me bastante.

E – E a sua família, soube?

S – Sabem! As minhas filhas e os meus genros. Os meus genros, pronto... disseram-me que isto pode acontecer a qualquer um. Que hoje a medicina está muito avançada e tal...e tal... E pronto. Hoje é que me custa mais, porque hoje é que eu sei. Eu na altura, digamos assim, eu estava mal informado do que era esta doença. Nunca me tinha dado ao cuidado. Por exemplo, eu nunca me droguei na minha vida e tinha a mania que esta doença vinha através da droga. Tanto que as raparigas que estavam na droga, e eu sabia, eu não fazia sexo com elas. Ia sempre para as moças que eu conhecia, limpas e tal, asseadas e tal. De maneira que nunca. Hoje estou muito mais informado. Sabe que a convivência aqui.... Estou muito mais informado do que na altura. Porque senão eu não estava aqui...

E – O senhor acha que a forma como a médica abordou o assunto foi a maneira mais correcta? Ou seja, a maneira como falou consigo e a forma como abordou o assunto....

S – Acho que sim...acho que sim...por uma coisa. Primeiro ela não sabia...eu dou muito valor, porque a pessoa que vai dizer ao doente não sabe qual é a reacção do doente, e ela tentou não dizer directamente para não criar aquele choque.

E – E acha que isso facilitou no seu caso? Preferiu assim? Ou preferia que ela tivesse abordado o assunto de outra maneira?

S – Não! (O utente chora de forma compulsiva). Como eu lhe ia a dizer.... Penso que ela fez bem. Ela ao lidar comigo apercebeu-se que eu ia assimilar o que ela queria dizer e não entrar em choque. Porque se ela me dissesse directamente era capaz de ser pior. Assim tive tempo de pensar, quando ela me disse se era capaz de dizer às minhas filhas, eu disse-lhe que sim. Tive de pensar....pensei....pensei. Como hoje, ainda penso muito nesta doença.

E – Diga-me uma coisa... referiu-me que as informações que tinha antes não eram informações correctas...

S – Nunca me dei a esse cuidado...

E – Qual era a ideia que tinha antes de saber que tinha esta doença, sobre a forma como se transmitia?

S – Eu ia muito pelo aspecto, pela parte das drogas. As pessoas que se drogavam é que transmitiam e a parte higiénica. Desde que a pessoa seja asseada e tenha um mínimo de condições de vida.... Pronto... não se transmitia. Afinal isto transmite-se com muita facilidade.

E – E sabe há quanto tempo é que tem esta doença?

S – Há quanto tempo sei? É o tempo de estar aqui, faz três anos. Porque eu sai do hospital X e vim logo para aqui.

E – Depois de saber que tinha esta doença, o que alterou na sua vida?

S – Muito! Muito! Hoje não sou o mesmo. Ainda há bocado a Sr.<sup>a</sup> Doutora, que é uma jóia de pessoa, eu tento transmitir alegria aos outros e eu não... (utente chora compulsivamente) ...custa-me muito.

E – Sente-se magoado?

S – Engano os outros, enganando-me a mim próprio...está a perceber!?

Depois acontece que eu não ando, tenho de andar numa cadeira de rodas. Porque os membros inferiores, depois da outra trombose, e esta mão (mostra a mão, inerte e deformada). É um... o senhor sabe, vivi muitos anos sozinho, independente de tudo. A minha única obrigação era ir trabalhar. Graças a Deus estive 17 (dezassete) anos só numa empresa. E ainda não há muito tempo estive lá a visitá-los. E são só boas recordações. É tudo arqueólogos, ultimamente fazia segurança no Y. É tudo professores, arqueólogos, engenheiros. Fiz segurança na embaixada do J; e a gente agora aqui vê-se... não é querer com... não é ser mais ou menos, há aqui malandros, bandidos...isto e aquilo. Uma pessoa sujeita-se aqui a muita coisa. Não porque eles tenham culpa, não a tiveram, nem deixam de ter.... lá para um lado e para o outro. Tinha uma vida regrada. Agora que tinha uma vidinha jeitosa... olhe, digo assim, para que trabalhei tanto? Chegava a não gozar as férias quando nasceu este puto. O puto nasceu e eu cheguei a trabalhar nas férias, doze horas por dia fazia sempre, para não faltar nada ao puto. E depois por força das circunstâncias tive de o entregar à mãe, porque eu não podia.

E – E neste momento vê-se dependente!?

S – Eu graças a Deus tenho umas filhas muito boas. Mas eu... custa-me estar dependente. Sou mais dependente aqui, os próprios doentes... do que das minhas filhas. Elas vêm cá...eu passei tudo para o nome da minha filha; ela é que recebe a minha reforma, trata de tudo. Qualquer uma delas...são muito boas.

E – Como é que elas reagiram no início, quando o senhor falou com elas e lhes disse? Como reagiram?

S – A minha filha mais velha disse logo (ri perante a memória) ... ela é muito o meu feitio. A outra é mais parecida com a mãe. Ela é muito parecida comigo. A minha filha disse logo: “ tinha de ser oh pai, porque era tanta mulher”.

E – Acha então que lidaram bem com isso? E a outra filha?

S – Calou-se...calou-se. É mais ponderada. É uma jóia de moça. A outra também. Qualquer uma delas...se eu lhes pedir alguma coisa só se elas não puderem.

E – E o seu filho...o de nove anos?

S – Esse é que me custa mais.

E – Ele sabe?

S – Desde que estou aqui nunca mais o vi. Porque eu ia lá muita vez, ao Alentejo. Estou à espera agora das férias, as férias escolares começam agora... olhe ainda não sei se ele passou...

E – Mas tem tido contacto com ele?

S – Nem por isso. Nunca mais. Porque eu tinha um telemóvel que desapareceu. E os números que eu tinha estavam todos lá... estavam todos no telemóvel. Rapazes e pessoas minhas amigas estavam todos lá e agora não tenho contacto.

E – E as suas filhas, não lhe conseguem o contacto dele?

S – Mas agora a minha filha já conseguiu e agora no Verão vai lá busca-lo vamos trazer. Como eu ando sempre a pedir, as minhas filhas disseram-me: “ Oh pai a gente traz o menino mas custa muito, que a criança ao ver-te aqui assim seja um trauma muito grande, estamos lentamente, lentamente a falar com ele...”

E – Sim, ele é ainda novo....

S – Ele já disse para uma das minhas filhas: “ vocês andam-me a mentir, o meu pai morreu”; (utente chora compulsivamente).

E – Ele tem essa ideia, não será porque o senhor perdeu o contacto?

S – Eu não sei...agora não tenho contacto com ele... que a minha filha vai-o buscar...porque...ela morava numa casa, agora até para meu azar, mesmo que quisesse ir para casa da mais velha, não podia ir. É que a casa dela agora é uma vivenda, que ela precisou de uma casa com mais uma divisão e o acesso é por uma escada. Eu fui lá passar agora...lá três ou quatro dias. Olhe foi na passagem do ano, dia 1. Ela chamou-me para lá e havia lá festa. Estava lá uma irmã minha e a minha madrasta. E então conseguiu-me levar por ali acima e tudo. Lá dentro andasse bem, que é um primeiro andar. Tem um bom terraço, tem uma churrasqueira. A casa é muito gira...

E – Depois de ter sabido que estava com esta doença se sentiu discriminado, marginalizado? Que as pessoas adoptavam uma atitude de rejeição por ter esta doença? Alguma vez sentiu isso?...

S – É difícil. Olhe aqui é uns com os outros. Por exemplo, no meu trabalho, desde que eu sai de lá, já lá vão quase três anos, nunca lá tinha ido. Vieram cá uma vez, duas vezes, uns colegas meus, sabe que as pessoas também... o tempo vai passando e vai dando para o esquecimento. Há um rapaz, que eu

soube agora, que me vinha cá ver e que partiu uma perna... deixou de cá vir. O outro rapaz, que era o X, que tinha acesso a minha casa... Ah, porque entretanto as minhas filhas entregaram a casa. De maneira que lá no trabalho perante as doutoras, os arqueólogos e tal, perante um senhor que estava abaixo do director... só o director é que não, é que não me pode atender. Mandou-me um grande abraço, mas que não podia vir...que é o doutor Y. Até me pediram um beijinho e tal...Dê cá um beijinho.

E – Mas ainda estive a trabalhar após ter saído do hospital?

S – Não, não! Desde que sai dos Y, automaticamente passaram-me logo...a papelada começou a entrar na Caixa e eles próprios e que me propuseram a reforma.

E – Do sítio onde estava a trabalhar? O seu patrão?

S – Eu acho que não....

E – Então quem é que lhe propôs a reforma? Já estava demasiado fraco para trabalhar?

S – Acho que foi a médica. A minha primeira médica, no Hospital X, acho que foi ela...

E – Então foi ela que tratou disso!? Eu falei-lhe há bocado sobre a forma como acha que apanhou a doença. Tinha-me referido que ficou com uma pessoa, com quem andou....

S – A única pessoa que eu desconfio, porque vim a saber...essa pessoa...pronto eu andei com essa pessoa... entretanto ela teve de fazer...teve de arrancar uma variz numa perna e foi lá para o hospital. Eu era muito amigo dessa pessoa. E lá fizeram-lhe análises e deram-lhe o diagnóstico da SIDA. A partir daí nunca mais andei com ela...convivi com ela, sim senhor, era muito amigo dela, mas nunca mais tive nada.

E – O senhor costumava frequentar a prostituição? Ou encontrava mulheres ocasionalmente?

S – Era ocasionalmente...

E – Alguma vez chegou a utilizar drogas?

S – Nunca, nunca, nem sequer... nem... Eu tenho um colega, o X, que tantas vezes me disse, em casa dele: “ fuma um charrito. Um charrito não faz mal....”. Eu nem sei o que é um charro... e ele disse-me...



E – Presentemente, hoje em dia, como é que o senhor acha...quanto à forma de prevenir. Já tem mais informação?

S – Já mas... continuo a dizer-lhe, digo-lhe que a melhor prevenção é a gente não se amandar para o poço. Está a perceber?

E – O que acha que é mandarmo-nos para o poço?

S – É utilizar-mos ... mulheres que podermos ter, desconfiarmos. E quando as utilizarmos, se as utilizarmos, que eu cá tou velho...quando tivermos muita...

Quem me pegou isto não foi a mãe das minhas filhas, ou a mãe do meu filho. A rapariga que eu citei agora era uma prostituta. Mas era uma prostituta, e fui porque... eu sempre fui um individuo que gostei de ver as pessoas bem na vida. Ela alugou uma casita e eu até a ajudei, comprei-lhe um frigorífico e tal... era para ela sair daquela vida, para se orientar e sair daquela vida. Éramos muito amigos. Uma das festas de anos do meu filho, que eu fiquei cá com o meu filho, foi em casa dela. Ela tinha uma menina, a menina fez anos e eu ofereci-lhe uma prendazita e pronto. É a vida..." Oh rapariga, tu és uma rapariga nova sai daquela vida, que aquilo não dá nada..."; mas aquilo já estava no sangue; já era um vício.

E – Que outras formas de prevenção o senhor conhece para se evitar apanhar esta doença? Que conhece agora?...

S – Tirando o preservativo não conheço mais nenhuma...só o preservativo...acho que não há mais nenhuma.

E – No hospital, após ter sabido da sua situação, teve apoio de alguma instituição? De alguma organização? Alguém o acompanhou...?

S – Não, não.

E – Alguém lhe deu alguma orientação sobre a sua doença?

S – Não não! Nem sei como vim aqui parar... sabe porquê? O pai desse rapaz, que eu citei há bocado, que foi meu colega, quando chegou uma altura também teve um problema qualquer e foi para um lar. E ele dizia muito bem do lar, que era lá muito bem tratado... ele vivia na Graça, num quarto andar, e custava-lhe muito andar. Entretanto morreu, lá nesse lar... e eu quando comecei a sentir que coiso, que estava inutilizado, disse para as minhas filhas: " Olha, vocês arranjam-me para um lar, que eu não me importo de ir parra um lar, que o pai de X também esteve num lar e disse que estava lá bem. Eu só lá fui uma vez...mas fui precisamente ao funeral dele. Era um lar que já não me lembro

onde era, sei que era de freiras. E pronto, e eu como não quero abusar...que as minhas filhas... qualquer uma delas...os maridos trabalham. Uma, a mais nova está num escritório de advogados, já lá está há muitos anos e o marido trabalha numa companhia de seguros. A mais velha, o marido é pasteleiro, chefe de pasteleiros e ela trabalha em casa, com um máquina de tricotar, a fazer camisolas e coisas para fora... de maneira que eu não queria sentir-me uma carga para elas.

E – Depois de sair do hospital, para onde é que o senhor foi?

S – Depois do hospital vim logo para aqui!

E – Não passou nenhum período sozinho...?

S – Não... eu ainda estive um período sozinho. Eu sei que estive... Eu já não podia andar e foi quando me deu a trombose...é que vim para aqui.

E – Quanto tempo, então, esteve sozinho em casa, já sabendo que tinha esta doença?

S – Ah... eu nunca sabia que tinha esta doença... tive em casa muito tempo sozinho... aliás, quase toda a minha vida, foi a partir da altura que... portanto, tive ai três ou quatro, ultimamente...quando deixei...ainda estive a viver com o meu filho, quando me separei da mãe...Foi uma zanga que a gente teve, em que ela, ela fez...

Eu a ir trabalhar e era quase sempre ao fim de semana...eu a chegar a casa e não estava lá o miúdo...ela tinha uma filha que era dela... ela nasceu em Lisboa mas era do Alentejo, considerava-se alentejana... então agarrava-a, apanhavam um táxi e ia para o Alentejo. Eu uma vez disse: “ então o que é isso? Eu ando aqui a trabalhar e tu andas-me a gastar dinheiro daqui para o Alentejo...o dinheiro não cai do céu...quando eu te conheci foi numa firma de limpeza com uma mangueira na mão a lavar praças e eu tirei-te de trabalhar.” Ah, estava eu numa primeira firma, que eu ainda estive em duas firmas, que além de vigilantes tinha uma parte só para senhoras, e eu arranjei-lhe para trabalhar ai, em frente à Caixa Geral de Depósitos, em casa de um senhor muito conhecido, o Z, que já foi director, foi corredor e director... foi para casa desse senhor e da esposa para onde ela foi... ela na empresa onde estava, que era uma empresa que trabalhava na limpeza de praças e tal... tanto que ela...eu conheci aquela rapariga porque o senhorio dela, o senhorio não...ela tinha alugado um quarto com a filha e o senhor que lá estava, que era

reformado, e tornamo-nos amigos e eu arranjei-lhe trabalho lá para a firma onde eu estava, que eles estavam a precisar de homens para o género de *part time*, fazer só fins-de-semana e tal, que esses não eram do quadro nem nada... ganhavam à hora. Então ele convidou-me para ir almoçar a casa dele, onde essa rapariga morava lá. Convidou-me para ir almoçar e tal...

E – E a partir daí....

S – Eu penso que foi a mulher desse senhor que lhe deve ter dito: “ Olha, um rapaz bom para ti...é sozinho e tal”; e ela é que andava atrás de mim, telefonava-me e tal... até que deu mesmo.

E – Antes de tudo isto, antes de saber que estava doente, alguma vez frequentou ou ouviu alguma campanha de esclarecimento sobre esta doença? Como se prevenir?...

S – Não, não....

E – Nem na televisão? Nunca se apercebeu que falassem disto na televisão? Ou achava que isto era uma coisa que não lhe iria acontecer?

S – Agora é que o senhor acertou, é que a gente pensa... eu pelo menos hoje reconheço que... o mal acontece sempre aos outros, nunca acontece a nós....e eu baseei-me sempre naquilo que... hoje já não, já mudou... ah e não vou com essas tipas quaisquer ... essas mulheres que andam por aí... a minha ideia era toda da limpeza e da higiene, de maneira... hoje já não tenho.

E – Já não tem esse tipo de ideia?

S – Hoje já não ... então depois desta experiência toda....

E – Como é que vê as pessoas que trabalham nesta área? Como acha que as coisas poderiam ser melhores? Para melhorar o que acha que deveria ser alterado?

S – É difícil... é difícil....

E – O que é difícil?!

S – Por exemplo há aqui pessoas que são muito... para já deveriam ter uma formação muito maior e estar muito mais informadas sobre isto. Não é o caso aqui desta senhora doutora, que é uma jóia, não é o caso... pronto a parte mais alta, é quanto à parte mais baixa...

E – Quando se refere à parte mais baixa, fala de quem?

S – Das funcionárias...

E – Acha que não estão bem preparadas?

S – No se admite que elas... eu já ouvi aqui uma resposta: “ Vocês até nos deviam de beijar os pés, que as famílias abandonam-nos e nós é que temos de estar-lhes aqui a lavar o cu.”.

Ora isso não são frases que se digam, porque elas têm de pensar que nós somos humanos.

E somos muitas vezes mais instruídos que elas. Tá a perceber? E elas deveriam ter uma formação mais explicada e tudo. Porque a gente chega a uma altura...eu o que me custa aqui mais, não aqui... é o estar dependente...eu toda a minha vida fui independente. Eu era dependente do meu trabalho, tinha a minha obrigação, colaborava com os meus colegas...

E – Mas mesmo dentro da dependência, porque há situações que nos levam temporariamente a ficar dependentes, por exemplo num hospital, mesmo estando dependentes podemos ser bem tratados... tratados com dignidade, respeito...

S – Lá está. O senhor está a ir precisamente de encontro aquilo que eu quero dizer. Porque eu também tive chefes. Estive na maior empresa de segurança do país, com três mil e tal homens... e temos chefes, muitos chefes. E a gente somos tratados como deve ser. A gente tem de respeitar e eles respeitam-nos a nós. Como há bocado acabei de dizer ao senhor, eu já fui lá... falei agora com eles... às vezes a gente admirava-se como é que uma diferença de idades...

E – E acha que o pessoal precisava de ser mais bem formado?

S – Era... há pessoas aqui...

E – E além disso, que melhoraria mais?

S – Que se poderia melhorar?... O estado é que deveria interessar-se um bocado mais por este coiso... não é as organizações... a parte principal pertence ao estado e não às organizações...

E – E estado também tem organizações e tem organizações a trabalhar...

S – Eu não gosto muito de discutir politica... mas não sou daquele género que a minha politica é o trabalho. Eu por exemplo, gosto de os ouvir. Agora... olhe há uma frase, dita por um director de futebol, não me lembra o nome, que diz uma frase muito ...que é muito explicativa – o que hoje é verdade, amanhã pode ser mentira. Eu... é inadmissível que ontem na Assembleia...eu ontem estive aqui...ninguém queria ver...eu ponho-me a ver, porque gosto muito.

E – E a nível do espaço físico? Acha que é o adequado?

S – A gente aqui estamos... estamos a arranjar o outro sitio...

E – Estão então em obras? E no outro sítio está-se melhor?

S – No outro sitio ...oh de que maneira. Temos muito mais condições. Até o pessoal, já estão habituados a nós e a gente a eles. O outro espaço é totalmente diferente. Isto é um arremedeio...

E – Se pudesse falar com pessoas da sua idade, que não têm a sua doença, se lhes pudesse dar alguns conselhos, que lhes dizia?

S – Olhe tinha tanta coisa para dizer. A nível da doença?

E – Como poderiam evitar a doença...

S – Ah isso.... Sabia que por experiência própria é uma luta...quer dizer... há uma frase que diz: “cada caso é um caso”.

E – Mas se lhes pudesse dizer alguma coisa, há algo que gostaria de lhes dizer? Por exemplo, mesmo para pessoas que estão com esta doença....

S – O que é que eu lhes podia dizer se já têm a doença. Podia dar conselhos para prevenir antes da ter, porque depois da ter, chapéu...a gente depois da ter...eu não me importava de ter um dialogo, aliás ter um dialogo...um dialogo eu tenho com qualquer pessoa...mas, por exemplo, ir para os aspecto de tentar antes de, não depois de...está a perceber...depois de, já não dá...o que é que eu...a gente falando para os aceitar. Antes de acontecer é que... é como costumam a dizer há cerca dos incêndios...quando começa um bocadinho de fogo até com o pé se pode apagar o incêndio; desde que se deixe propagar aí já se torna mais difícil. Portanto antes de....a prevenção é das coisas que a gente pode ter melhores. Depois já não. Sim, antes quando uma pessoa...

Gosto muito de estar aqui a conversar consigo...aceito...mas o que o senhor pode dar...como direi...a uma pessoa...como as psicólogas, gosto muito de falar com elas, que é o incentivo...a gente faz bem também desabafar para não estar num estado de nervos e tal... mas a nível a coisa já cá está...chapéu. Há outra coisa...porque se gasta tanto dinheiro, porque é que se gasta fortunas e fortunas...há coisas para ir à lua, a destruir a atmosfera, com a coisa da “carraça”, a camada do ozono e tal, e não se anda, não se aplica dinheiro na ciência. Porque não se vê...não se vê. Infelizmente continuasse a falar duma doença também muito má, o cancro. E fala-se muito em combater o cancro, embora ainda não o conseguissem. Mas já, mas já conseguiram determinadas

coisas. E aqui a SIDA parece que, sabe o que me faz lembrar, parece que a SIDA se tornou um negócio.

E – Acha que se tornou um negócio?

S – Acho que não devia, mas acho que sim. A droga tornou-se um negocio....

E – A SIDA, como acha que se tornou um negócio?

S – Eu acho que sim. Quanto mais doentes houver com isto, mais casas abrem, mais hospitais estão cheios... mais não sei o quê...

E – Agradeço-lhe senhor S pela sua disponibilidade para com a entrevista....

## **ANEXO 9 – TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA 7**

# ***CAMINHOS SOLITÁRIOS***

## **Entrevista – 7 (J)**

---

***Francisco Cruz  
8 de Agosto de 2006***



## **Transcrição da Entrevista 7 – J**

*8 de Agosto de 2006 – 15:12 h*

E – A primeira coisa que gostaria de saber é qual é a sua idade?

J – Sessenta e três anos.

E – Sessenta e três anos feitos já este ano?

J – Fiz em Março, agora vou fazer em Março sessenta e quatro.

E – O estado civil? Qual o seu estado civil?

J – Solteiro

E – Alguma vez, ao longo da vida foi casado ou viveu numa união de facto?

J – Vivi sim. Sou homossexual assumido. Vivi. Tive sempre companheiro certo. Tive um que durou catorze, o primeiro durou quinze. Vivi assim muitos anos. Tive sempre preocupação comigo e sempre lutei por isso.

E – Há quanto tempo se encontra sem companheiro?

J – Há três anos...desde a minha doença, nunca mais tive ninguém.

E – Desde que sabe da doença nunca mais teve companheiro?

J – Não tive necessidade, nem me apetece.

E – Mas, diga-me uma coisa, não tem companheiro porque não quer?...

J – Não, não procuro, nem quero. Nem penso. Estou numa crise nervosa (chora compulsivamente) ... estou com uma crise muito nervosa. Penso muito na minha vida. Fui bom, fui muito bom para muita gente e hoje sinto-me desprezado...desprezado...

E – Qual foi a área profissional do senhor? Trabalhava em quê?

J – Cabeleireiro de senhoras.

E – Sempre cabeleireiro? Desde muito novo?

J – Sim, fui estabelecido. Tive trinta e cinco anos estabelecido. Trinta e cinco ou quarenta.

E – Há quanto tempo já não trabalha?

J – Há quatro anos talvez.

E – Parou com a actividade profissional?

J – Quer dizer, parei... ainda arranjo uma, arranjo outra...

E – Quer dizer continua, de vez enquanto, a fazer alguma coisa por casa?

J – Sim, aqui... aqui, olhe...mas é pouco. Mas não dá e agora está mal...

E – A nível do agregado familiar. Qual é o seu agregado familiar? O senhor vive sozinho?

J – Sozinho. Vivo sozinho. Não tenho ninguém que me ajude.

E – Não tem irmãos?

J – Só tenho o rendimento mínimo mais nada. Vinte e três contos...vinte e tal contos...vinte e quatro ou o que é... já pus os papéis para a reforma há um ano e tal, não me dão resposta. Eu agora estava a ver se lá ia saber qual era a minha situação. E qualquer dia fico sem o rendimento mínimo...o que é de mim...

E – Uma coisa que eu gostaria de saber é o que levou o senhor a procurar o médico? A primeira vez?

J – Não, não... não procurei. Estava no cemitério, fui à minha mãe e cai de repente no chão...uma quebra, não sei o que é que foi (chora compulsivamente) ...olhe, estava a pensar na morte da minha mãe...fui para o hospital. Fiquei internado.

E – Em consequência dessa queda que deu no cemitério? Isso foi quando?

J – Foi quando estive internado da primeira vez, que descobriram...

E – Já vão quantos anos?

J – Já há quase três anos, dois e tal. Eu fui para os Capuchos e a Dr.<sup>a</sup> X é que... que a Doutora é que descobriu a doença que me deu...da cabeça, que em mil há um. Que é muito raro escapar, percebe? Eu estive muito mal. Eu queria saltar da janela, fugir do hospital, eu não conhecia ninguém e depois lá me equilibrei. Andei um mês assim em tratamento e realmente a médica viu-me melhorzinho e deu-me alta. E depois disse-me...então quando descobri...quem me disse foi a minha família, os meus irmãos e irmãs... (chora compulsivamente)

E – Os seus irmãos moram perto de si?

J – Se lhes vou pedir alguma coisa não têm...eu dava tudo, sabe, que eu era uma pessoa que andava bem...viajei muito, percebe? Ia para o Brasil e ...viajei muito. Quer dizer, gastei mas foi para meu proveito...e gastei, mas nunca fiz descontos, foi o meu mal, percebe? Foi o meu mal...

E – Sabe qual é a sua situação de saúde? Sabe o que é que tem?

J – Sei sim...o HIV (utente chora)

E – Já suspeitava antes dessa altura?

J – Não, nunca. Eu não ia, eu não falava, não passava cartão a drogados, ou isso. Eu tinha muito medo disso, tinha terror. Acredite em mim, que eu tinha terror...

E – Até essa data foi sempre um homem saudável, sem problemas nenhuns?

J – Pois, pois.

E – Consegue ainda lembrar-se como é que reagiu? Qual foi a sua primeira reacção quando a médica lhe disse? ...neste caso foi a sua família?

J – Foi a minha família, pois.

E – A médica não lhe disse?

J – Não, ela passou-me uma carta a confirmar e isso, para a caixa...

E – Mas na altura em que esteve internado a médica teve alguma conversa consigo?

J – Não, não...não, nunca teve, não, não... nunca disse.

E – Nunca lhe disse?

J – Não...

E – A médica comunicou à sua família esta doença?

J – Pois. Acho que sim. Então a minha irmã não ia adivinhar, e a médica passou-me uma carta com isso mesmo...

E – Quando o senhor soube o que tinha, qual foi a sua reacção?

J – Olhe, conformei-me com Deus...entreguei-me a Deus...acredite (chora compulsivamente).

E – Saiu do hospital e soube disto só em casa?

J – Não... já vinha para cá...não...quando estava em casa já sabia.

E – Segundo o que me disse já sabe há cerca de três anos que tem o HIV... uma das questões, que era também importante eu perceber, era qual a informação antes de saber que tinha esta situação de saúde. Qual era a

informação que o senhor tinha sobre a SIDA, o HIV, como se transmitia? Que informações o senhor tinha?

J – Tinha amigos meus, que diziam que era um perigo, para a gente usar o prese... ou... como é que é isso...os *preversativos*, e ...com um e com outro...mas eu tive sempre muita cautela com isso. Fugi sempre a isso tudo, palavra de honra. Por isso é que eu digo, às vezes penso que fui castigado...não sei... (utente chora).

E – Portanto vê a SIDA ter-lhe aparecido como um castigo?

J – (chora).

E – Que alterações, depois de saber que tinha SIDA, o que é que se alterou na sua vida?

J – Tudo! A minha maneira de viver...estou metido aqui há três anos, que não saio de casa.

E – Quer dizer, de certa maneira, fechou-se em casa em consequência da doença? O que o levou a tomar essa opção? Porquê?

J – Não sei...não sei...é um desespero que eu tenho. Tenho um esgotamento, acredite. E agora com isto, que a Doutora X me deu... que me disse que ia à sede, que ...ocupada com médicos, não me pode atender...eu achei que ali, a assistente social de Y, tudo foi um...tudo é um cinismo. Eu noto que há um cinismo das assistentes todas. Não posso dizer mal da Doutora T, foi a melhor Santa que eu vi ali...que ela disse-me: “Oh Quím você não perca...”, deu-me muita esperança. Mas o que eu vejo lá, daquela...toda...que Deus me perdoe...que eu estou a falar...não me posso esquecer da ... a directora de lá...a que está lá...a do cabelo preto....V, a V: “não temos, nem temos bilhetes”, fez-me vir a pé, que eu vinha já cansado, e vim a pé até casa...e digo assim, nunca mais lá vou. E então manda-me cá a uma assistente agora, que está um mês sem aparecer e diz que vem aqui e que eu estou no café. Que ela vai-me dizer, se ela vem cá amanhã, o Sr. Enfermeiro diz que ela vem cá amanhã, ela vai-me dizer onde é que me foi chamar aqui ao café. Por acaso se eu fosse ao café não era o problema...

E – voltando à sua vida propriamente, o senhor diz que desde há três anos fechou-se em casa e a nível de contactos sociais? Amigos?

J – Não, retirei-me disso tudo, palavra de honra...

E – quer dizer, fechou-se literalmente em casa? ...

J – Pois, sem dinheiro, sem nada, quero ir beber um cafezinho, quero ir aqui, quero ir de autocarro, isso tudo fechou-se.

E – Uma outra coisa, a sua família, segundo já me disse, sabem da sua situação!

J – Sabe e desprezaram-me. Não são meus amigos

E – Não se aproximaram de si?

J – Não! Sei lá o que é ...têm medo...

E – O senhor sente que eles têm medo?

J – Pois eu sinto isso...só há um irmão mais novo, que eu tenho, que é mais próximo. As vezes vem cá conversa comigo...esse não coitadito, esse também nem tem nem para ele.

E – Segundo o que me esta a dizer a forma como a sua família lida com isso é com receio de se aproximar, excepto o seu irmão mais novo?

J – Sim o meu irmão é diferente. Eu noto. Nunca mais me vieram visitar nem nada. E tenho uma sobrinha que é minha amiga que não tinha complexos. Era uma rapariga que falava comigo...ia lá a casa dela jantar. O marido é a mesma coisa. É diferente.

E – Já alguma vez se sentiu marginalizado, ou discriminado por ter esta doença?

J – Eu noto muitas vezes isso....vejo isso da própria família, percebe?

E – Além da família? Por exemplo a nível...

J – Pessoas, não. Não que eu não tenho conversas. Isolo-me e não...

E – E as pessoas que moram aqui na sua área?...

J – Não, não...

E – Não desconfiam, nem sabem?

J – Acho que não. Penso que não...Deus me livre. Então ainda era pior, que horror...Graças a Deus. Como já lhe disse, sou uma pessoa muito isolada.

E – Quando estávamos à bocadinha a falar das suas relações de amizade, o senhor antes, de há três anos para trás, deveria ser uma pessoa com uma vida social bastante mais activa?

J – Tinha, tinha amigos, tinha dinheiro. Tinha amigos para ir beber um copo. Tinha muitos amigos. Tinha um grande amigo meu que era americano, que era administrador cá nas empresas de F. Foi para o estrangeiro, prontos, acabou. Era um amigo, mesmo só amigo, não era cá mais nada.

E – E acha que os seus amigos afastaram-se mesmo porque, pronto, a nível dos seus recursos económicos diminuíram ou porque se confrontaram com a doença?

J – Eu não, eu acho que foi talvez a do...diminuíram porque eu deixei de aparecer.

E – O senhor também tomou uma atitude de os afastar?

J – Retirar-me de tudo, retirar-me de tudo.... Retirar-me de tudo.

E – Já no início me clarificou que as relações que estabeleceu na sua vida foram do foro homossexual.

J – Sim, sim.

E – Nunca teve consumos de droga?

J – Nada disso, nada disso.

E – Nunca chegou a procurar prostituição?

J – Não, não. Eu até sou alérgico à droga. Fui sempre até uma pessoa contra a droga. Eu até, refiro-me que não vou ao centro de convívio, porque lá vejo coisas, que ainda hoje vejo e que me custam, percebe?

E – Lá, então, como misturam toda a gente não se sente bem?

J – Tudo, pois claro. Não me sinto, não sou mais, não sou menos, não posso é alinhar ... por isso é que o enfermeiro disse que queria que eu fosse que me arranjavam um quarto, com mais duas ou três pessoas para partilhar comigo, mas eu não quero.

E – Diga-me outra coisa, chegou alguma vez a procurar prostitutas?

J – Não, nada disso, nada disso.

E – Qual foi a forma, pela qual pensa ter adquirido esta doença?

J – Não sei, isso agora gostava eu de saber, calhou-me a mim. De algum lado vem, mas não sei...

E – A nível das relações que estabelecia, mesmo com os seus companheiros, usava preservativos com eles?

J – Quer dizer, o ultimo não, que era uma pessoa que eu tinha há quinze anos e tinha muita confiança. Uma pessoa forte, alta, uma pessoa que parecia que vendia saúde...

E – Mas não sabia se ele teria...

J – Alguma aventura por fora? Pois pode ser também

E – Ainda sabe dele?

J – Não, nunca mais quis. Uma vez estava no café e ele: “ Olá Quim”, e eu...Foi uma pessoa que morreu para mim.

E – Já pensou que ele também poderá estar infectado com o HIV?

J – Não sei, olhe ele não parece. Eu ao pé dele, ele tinha cá um ...uma pessoa forte, alta...

E – A nível de aspecto físico não parecia estar doente?

J – Nem drogas nem nada disso, esta a perceber?

E – Não pode é garantir que ele não tivesse outras relações?

J – Pois, com outras pessoas, pois. Tem de ser, então como é que eu apanhava?...

E – O senhor, durante esses quinze anos da relação, foi sempre fiel?

J – Sempre, sempre. E eu pensava que ele era para mim.

E – Nunca chegou a perceber se ele era ou não?

J – Não, não era fiel. E isso acabei logo...

E – Ele não foi fiel então consigo?

J – Não era não. Ele era muito de ir a discotecas e ir lá com as raparigas e eu acabei tudo.

E – Ele era bissexual?

J – Não sei o que é que ele era....não sei...não sei o que é que ele era.

E – Mas segundo o que me disse ele teve várias relações, extra relação?

J – Pois, pois...

E – Hoje em dia a informação que o senhor tem em relação as formas como se deve prevenir, mudou um bocadinho? Tem mais conhecimentos depois de ter sido infectado?

J – Tenho, tenho. Sim, agora não sei. Tenho medo, tenho medo mesmo de ir com alguém. Tenho medo, mesmo inspirando-me confiança tenho medo das pessoas. Primeiro eu não fazia, não ia fazer mal a outros e segundo não tenho confiança em ninguém, quarto, não tenho vontade de nada, percebe. Nada...já passou.

E – Mas a nível de formas de prevenção, sabe que por exemplo, usar o preservativo, previne?

J – Isso sei... agora nem pensar. Já é tarde, já é tarde. Pois a revolta toda que há talvez, dos que têm seja aceitar aquilo que não deveriam ter feito. Seja o certo, ou não seja.

E – Após o seu diagnóstico, após o ter sabido, alguma vez o senhor teve acesso, ou alguém lhe deu algum esclarecimento ou alguma orientação, sobre a doença, os cuidados a ter, o que pode fazer à vontade.... Alguma vez alguém ou alguma instituição falou consigo sobre isso?

J – Não, não. Amigos, só amigos meus, íntimos. Também homossexuais, às vezes juntávamo-nos no café e falava-se disso, já há uns anos. E então preveniram sempre, preservativo ou...

E – As fontes de informação que teve foi essencialmente aqui, ou seja através de amigos, não foi...

J – Amigos, não foi nada da associação, nem nada.

E – Nunca teve acesso a nenhuma campanha de esclarecimento sobre a SIDA?

J – A campanha que eu vi era o que falavam, e... davam campanhas e liam-se coisas...

E – E essas campanhas, onde é que o senhor as via?

J – Nos jornais ou isso...ouvi muitas campanhas....

E – Televisão?

J – Pois...

E – Mas nada que o tenham convidado para ir assistir?

J – Não, não.

E – A nível das organizações, que lhe dão neste preciso momento apoio...

J – Sim....

E – As organizações que lhe dão apoio e que de certa maneira, possibilitam que tenha alguma autonomia. O que é que o senhor pensa que poderia melhorar?

J – Olhe a minha saúde, que era o principal.

E – Mas eu estou a falar-lhe a nível das organizações. O que é que poderiam melhorar para lhe darem mais respostas?

J – Mais nada, é uma tristeza dizer isto...

E – Mas, como acha, que eles deveriam actuar? O que é que acha...

J – Haviam primeiro...antes de mais nada, saber da minha reforma...antes de mais nada deveriam-me dar um auxílio para eu sobreviver, não é estar aqui a pagar a água, a pagar o gás, e a pagar ali um café ou dois, que fica fiado porque eu fico sem nada.



E – O senhor está a receber quanto do rendimento mínimo?

J – Cento e vinte tal euros.

E – Cento e vinte e tal euros por mês? Que tem que lhe dar para estas despesas todas?

J – Sim, eu pago uma renda de casa, já moro aqui há trinta e sete anos, e pago uma renda barata por enquanto...

E – Quanto está a pagar?

J – Oito euros e oitenta e cinco. Dois contos e tal, três contos...

E – E a nível das pessoas, dos técnicos que trabalham na organização? Acha que têm uma postura adequada em relação a si, às suas necessidades, da forma como o tratam...

J – Então não sabe...então já lá fui, já disse. A doutora, eu disse-lhe tudo, queria-me arranjar uma pessoa para alugar um quartozinho, que era para eu sobreviver. E olhe, a pessoa não apareceu. Também era cabeleireiro. Ela disse-me...que até me mobilava o quarto. Tenho aqui em cima. Isto está muito mau... agora queria ver se falava que vou à central. Eu tenho dinheiro para o autocarro e vou falar com a Doutora H, vou mesmo.

E – Acha que algumas pessoas a nível da organização...

J – Estão mal. Está tudo mal lá.

E – Não lhe estão a dar resposta?

J – Não, não, é tudo não podem, não têm.... Não têm, e não podem. Nem o dinheiro para o autocarro. Pois querem que eu lá vá. Queriam que eu fosse para a colónia passar férias. O que é que eu vou para a colónia fazer? Pensar na minha vida? Que tenho de pagar a água? Vinte e tal euros. Tenho de pagar uma bilha de gás, vinte e tal euros. Então o que é isso? Querem que eu tenha aqui a limpeza, eu não tenho detergentes para lavar a roupa. Tenho ali a máquina cheia de roupa. Eu tive de dizer à enfermeira... disse-me que me mandava amanhã, não sei...a assistência que cá veio agora, há um mês e meio que não me aparece cá. Qual é a assistência que me dão? Nenhuma! Tem sido muito maus para mim. E acho que a X devia ver isso. Mas eu sei que a Enfermeira H., estive lá...e ela cortou-mo logo. Então diga-me lá a mim...eu digo que estou revoltado e já tive para ir ter com a assistente social do hospital, que me arranjou, encaminhou-me....qual foi a organização? Que eu também fui lá. Foi a primeira que tive...a D. .... sim, a D., a assistente. Que eu pertencia,

percebe, que está em obras agora, no Restelo. E então arranjaram-me para essa em Santa Madalena. Até me enganaram, não me disseram que era a mesma, disseram que era uma nova sede que ia abrir com uma nova directora, foi essa doutora H que foi para lá. Isto está muito mau, ainda há muita maldade infelizmente.

## **ANEXO 10 – TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA 10**

# **CAMINHOS SOLITÁRIOS**

## **Entrevista – 10 (R)**

---

***Francisco Cruz***  
***8 de Setembro de 2006***

## **Transcrição da Entrevista 10 – R**

*8 de Setembro de 2006 – 15: 00 h*

E – A primeira questão que gostaria de saber é a sua idade?

R – Eu tenho 61, faço agora no dia 24, 62 anos.

E – O seu estado civil?

R – É casado!

E – Sempre foi casado com esta senhora?

R – Não, casei-me agora em Abril...

E – Deste ano?...

R – Sim deste ano. Casei-me a 6 de Abril.

E – E antes de se ter casado com esta senhora?...

R – A minha vida era... pronto...a minha vida era...

E – Era solteiro?

R – Solteiro, nunca me tinha casado até então. Agora é que me casei, com a minha mulher...

E – E já namorava com ela à algum tempo?

R – Há roda de quatro meses. Ela precisava de mim e eu dela...

E – Gostava de saber a área profissional do senhor? O senhor trabalhou ou trabalhava em quê?

R – Eu trabalhei, que agora sou pensionista...sou pensionista e ganho...

E – Está então reformado?

R – Estou reformado? Uma miséria. Recebo duzentos e vinte e três euros de reforma.

E – Trabalhava em que área?

R – Trabalhava na construção civil.

E – Qual era a função?

R – Era estocador...ou por outra, era servente do estuque.

E – E antes disso?

R – Trabalhei na fábrica da cortiça, nas X, na Cova da Piedade...era um miúdo...pronto, tinha 12 anos quando fui para lá. E trabalhei lá...pronto... aquilo não era trabalho para mim. Também fui tratador de cavalos...

E – O senhor é de onde?

R – Nasci no Hospital de S. José.

E – Qual é a sua escolaridade? O senhor estudou?

R – Tirei a quarta classe na tropa. A gente não podia sair da tropa sem a quarta classe. Entrei em 65 e sai em 69.

E – O seu agregado familiar?! Está casado com esta senhora desde Abril... portanto, tem filhos?

R – Ter ou não ter é a mesma coisa!

E – Então?...

R – Pronto... vejo o meu filho de ano a ano, às vezes é até mais tempo. Fui um sem abrigo durante vinte e cinco anos e eu depois fui para Vila Franca que me disseram para ir ali ao Exército de Salvação... eu fui lá e a partir daí é que a minha vida começou a modificar para melhor...

E – E como é que aparece o seu filho?

R – Quer dizer...tenho uma filha e um filho...mas isso já é...foi da primeira mulher que eu tive...

E – Não casou?

R – Não...nunca me casei...

E – Mas viveu quanto tempo com essa senhora?

R – Ai uns 13 anos. Nasceu o meu filho e depois nasceu a minha filha.

E – São jovens para que idade?

R – Não...o meu filho já tem trintas e...quatro, ou trinta e cinco, e ela é mais nova do que ele quatro anos.

E – E não sabe do paradeiro deles?

R – Sei que eles moram lá para Sintra... mas não sei...

E – Quer dizer que não tem relação com eles...praticamente?

R – Não...não...

E – Mas a que se deve isso?

R – Foi o ter saído de casa...quer dizer...a minha mulher depois, a mãe deles, juntou-se com um homem e prontos... ele é que começou a ser pai deles

e...eles dizem que têm amor a ele e não a mim...apesar de ser pai, não me têm amor...têm amor ao homem que os criou.

E – O que o levou a sair de casa nessa altura?

R – O que me levou? Era...pronto...eu gostava muito de beber vinho...pronto era um bêbado, ou um alcoólico, conforme se queira dizer...e derivado a isso, ela foi para um lado e eu fui para outro...

E – E o senhor nessa altura...como me estava a dizer, ficou um sem abrigo, ficou a viver na rua?!

R – Pois fiquei a andar...desorientei-me e fiquei a andar por aí...e assim andei vinte e cinco anos.

E – E à quanto tempo retomou o fio à sua vida? Há quanto tempo orientou a sua vida?

R – Há uns anos atrás...isso é que eu não sei explicar bem...há uns sete ou oito anos...

E – Portanto com a ajuda de algumas organizações....

R – Quem me ajudou foi o Exército de Salvação... as doutoras sociais que lá estavam é que me encaminharam para Alvalade. Estive internado em Alvalade três semanas ou quatro, foi assim uma coisa...e de Alvalade fui para a comunidade.

E – Para se desintoxicar?

R – Pois...por causa da bebida.

E – Uma coisa que gostaria de saber...a primeira vez que foi ao médico com esta doença...

R – Sim, com esta doença....

E – O que o levou a ir ao médico? Foi ao médico porque?...

R – Isso é que não tem... isso agora é que não estou certo...foi aqui no Desterro...era a doutora Y e a doutora K...era o doutor Z, que era o chefe de equipa...

E – Mas o que o levou ao hospital?

R – Isso agora é que não estou certo. Foi qualquer coisa que me aconteceu...depois mandaram-me fazer análises...eu fiz análises e depois ao fim de um ano é que eu soube que tava...pronto, que tinha esta doença que tenho hoje.

E – Teve internado nessa altura?

R – Tive...eu tenho vários internamentos...

E – Esse internamento aconteceu há quanto tempo?

R – Isso agora é que eu não estou bem certo, porque eu tenho vários internamentos...os que eu me recordo foi esse da tuberculose, estive lá dois meses, esse é que tou bem certo. E este agora ultimamente, lembro-me de o rim me parar.

E – Do primeiro então não se recorda?!...

R – Não, não me recordo...pronto...isso está tudo escrito lá...lá no Desterro. As minhas médicas é que têm lá tudo.

E – Quanto saiu, nesse internamento, saiu...teve alta, mas sabia o que tinha? Os médicos não lhe disseram?

R – Não sabia. Depois é que me chamaram...agora é que eu não me recordo...não me recordo sequer onde é que morava; se morava na Bica, se morava nos Olivais, ou aqui na Antero de Quental...

E – Mas entretanto chamaram-no?...

R – Chamaram-me, eu fui lá e disseram-me que...eu ...prontos...tinha o vírus...

E – Passou um ano depois de ter sido internado?

R – Não, não... um ano depois de ter feito as análises é que me disseram. No fim de um ano é que eu fui lá e é que me disseram ... não sei se foi a uma consulta a que eu fui...e dissera-me que tinha o vírus.

E – E a forma como lhe disseram? A forma como o médico lhe disse? Acha que foi a forma correcta? A forma certa? Ele preparou-o para receber essa notícia?

R – Quer dizer...não...preparar não me preparou, mas, pronto... quando me disse aquilo só tive que me conformar...com a doença que tinha e tenho...e continuo a tar conformado...a minha mulher também já, que eu tenho a doença... antes de me casar eu disse a ela a doença que tinha. Ela também é uma pessoa que compreende as coisas... pronto...sujeitou-se... sujeitou-se e ...a gente casou-se em Abril. Chegando a Abril também faz um ano, e...

E – Consegue-se lembrar ou recordar, nessa consulta, qual foi a sua primeira reacção?

R – Sou muito esquecido, esqueço-me com uma facilidade medonha.

E – Não faz mal, diga aquilo que se lembrar



R – A minha alcunha em muito lado é o esquecido, porque me esqueço de tudo...

E – Mas consegue-se recordar como é que reagiu?

R – Como é que reagi? Tive de me conformar. Não reagi mal nem coisíssima nenhuma, tive de me conformar. Custou-me, mas tive de me conformar. Foi como os diabetes, quando me disseram que eu tinha diabetes, tive de me conformar.

E – Desconfiava? Estava à espera? Achava que eventualmente poderia ter esta doença?

R – Não, não. Foi uma novidade. Quando me disseram foi uma novidade para mim. Eu nem sabia o que era isto... Depois aos poucos é que fui sabendo o que era esta doença. Nunca me meti em drogas, nem em coisíssima nenhuma, simplesmente foi por gostar de mulheres.

E – Consegue lembrar-se então há quanto tempo sabe que tem esta doença?

R – Tem uns quatro ou cinco anos.

E – Estava-me a dizer à bocado que não sabia muito sobre esta doença, antes de saber que a tinha... qual era a informação que tinha? Já tinha ouvido falar sobre o HIV, a SIDA?

R – Não, não...não. Era coisas que eu não ligava.

E – Quer dizer, se calhar ouvia falar?...

R – Ouvia falar, mas não ligava a nada disso. Não ligava nenhuma a isso.

E – Porque é que não ligava a nada disso?

R – Porque eu nunca me tinha metido em trabalhos, que não me devia meter, drogar-me ou essa brincadeira assim...ou picar-me, ou qualquer coisa, nunca me meti em nada disso, nem sabia o que era isso, ainda hoje não sei. Bem vejo...eles...eles estarem para ali a picar, naquela rua...que aquilo é uma pouca vergonha. Vejo eles estarem ali, mas eu sigo o meu caminho, eles estão ali e eu sigo o meu caminho.

E – Pensou na altura que esta doença só se transmitia dessa formas? Ou através das drogas endovenosas...

R – Pois eu sabia que era através das drogas ou relações sexuais

E – Com homens?...

R – Também com mulheres. Eu sabia disso.

E – E nessa altura tinhas relações sexuais com mulheres?

R – Tinha!

E – E não pensou, nunca, que aquilo fosse...

R – Não!!! Pensei que aquilo que acontecia aos outros nunca me acontecia a mim.

E – E já tinha ouvido falar do preservativo? Nas protecções?...

R – Já, já tinha ouvido falar, mas não ligava nenhuma a isso.

E – Não ligava, nessa altura...

R – Não!

E – O que é que alterou na sua vida? O que é que mudou depois de saber que tinha esta doença?

R – O que é que mudou? A minha maneira de pensar, que depois começou a ser outra.

E – Nomeadamente no que é que a sua maneira de pensar alterou?

R – Alterou! Porque depois de eu ter o mal que tenho nunca quis transmitir a ninguém. Comecei-me a reservar a mim próprio... e quando tinha, tinha muito cuidado... quando conheci a minha mulher tinha cuidado, ainda hoje tenho.

E – O que é que significa para si ter cuidado?

R – É não lhe pegar o mal que eu tenho.

E – O que faz para isso?

R – Uso o preservativo. E evito muitas vezes ter relações sexuais, ela estranha muito, claro. Começou a estranhar desde que me conheceu e estranha, ainda hoje estranha, porque eu evito. Tem meses que não tenho nada com a minha mulher...

E – Até essa altura...até há quatro, cinco anos atrás, antes de saber que tinha esta doença, tinha uma vida sexual muito activa?

R – Tinha, tinha...

E – Teve várias parceiras, ou só aquela que me referiu na Bica?

R – Tinha mais de uma mulher.

E – E o que o leva a pensar que teria sido aquela senhora lá da Bica? Perto do sitio onde morava?

R – Porque eu, a fim de um certo momento, era só com ela que eu tinha relações... e pronto. Quando me disseram isso lá no hospital, vi logo que tinha sido ela.

E – Já me disse que a sua esposa sabe o que se passa consigo...

R – Sabe...sabe...

E – E o resto da sua família? Os seus filhos?

R – Não, não sabem. Só ela é que sabe, de resto mais ninguém.

E – Não partilha com mais ninguém?

R – Não, não, não quero.

E – Como é que a sua esposa reagiu quando o senhor lhe disse, porque penso que já estariam os dois a namorar?

R – Já, já! Ela estranhou porque quando tinha relações com ela tinha se ser com camisa...e ela estranhou, claro! E depois eu cheguei a um certo ponto que fui obrigado a dizer, qual era a razão que usava a camisa.

E – E como é que ela lidou com isso?

R – Custou-lhe, custou-lhe muito mesmo. Sei perfeitamente bem que é verdade, custou-lhe muito. Mas pronto, conformou-se...

E – Levou algum tempo a aceitar esta situação?!

R – Levou, levou...

E – Falaram os dois sobre ela? Falaram sobre os medos que tinha, as dificuldades?

R – De vez enquanto ainda falamos nisso.

E – O senhor por ter esta doença, quer nos serviços hospitalares, sítios onde tenham de saber que tem esta doença, alguma vez se sentiu discriminado? Marginalizado?

R – Às vezes!

E – Consegue lembrar-se em que circunstâncias é que se sentiu?

R – Isto é o seguinte. Eu comprei um frigorífico por causa dos medicamentos e pronto...as pessoas...o frigorífico é meu e está no meu quarto, mas a minha mulher como é uma pessoa que as vezes descuida-se...descuidou-se lá onde eu moro a dizer que eu tinha o HIV.

E – Quer dizer, a sua esposa disse às pessoas...

R – Disse...disse lá à dona...ela está lá a tomar conta daquilo, como é madrinha de casamento...

E – Vocês estão num quatinho alugado lá nessa casa?

R – É, aquilo é uma casa de hóspedes.

E – É uma casa de hóspedes? Portanto têm um quarto que é vosso...

R – É um sala e é um quarto. E então a partir dali eu não me sinto ali bem...

E – Mas eles tomam alguma atitude em relação a si?

R – Quer dizer, directamente não dizem as coisas, mas dizem. Pelas costas dizem.

E – O senhor sabe que eles falam por trás de si sobre isso?

R – Sei, sei! Sei, sei... E por isso é que vim aqui assim para me arranjam uma casa, porque não me sinto bem. Eu tenho um frigorífico e já houve conversa que...pronto...não gostam de ter pessoas no meu estado ali dentro.

E – Na casa de hóspedes!? Mas já lhe disseram a si?

R – Não disseram directamente, mas disseram.

E – Portanto o que lhe disseram foi que não gostavam de ter ali pessoas com esta doença?

R – Sim! Sim! Porque também lá está um tipo, mas esse é *homem sexual*, que está lá e também tem. E já disseram a ele, que eu ouvi, que não o queriam lá por ter essa doença. Mas isso foi na altura...e agora ele é que lava lá a loiça e lava o chão e essa coisa toda...e agora é o menino isto, o menino aquilo. Mas eu não. Desde que me disseram aquilo...nunca mais...

E – Acha que as pessoas têm medo desta doença?

R – É, é. Porque eu sei perfeitamente que isto é através do sangue e das relações sexuais. De resto a gente pode apertar a mão, beijar as pessoas, que isto não tem problema nenhum. Mas pronto, há pessoas que têm medo, não sei explicar. Uma pessoa ter o HIV já pensam que é um coitadinho...que é isto, que é aquilo...e pronto...isso caiu-me mal e eu não, pronto...não gosto.

E – Houve mais alguma circunstância, além desta que me está a relatar, em que se sentiu marginalizado?

R – No hospital não. Não, porque ali sim...quando eu lá vou...quando estou internado é toda a gente minha amiga, são todos meus amigos, médicos, enfermeiros. Toda a gente gosta de mim porque eu também não trato mal ninguém...e então...

E – Quer dizer, que de modo geral, a única situação em que sentiu de facto algum medo e alguma marginalização...

R – Foi só ali na pensão. É ali na pensão. Não quero lá estar. Quero-me ir embora dali para fora. Por isso é que eu já pedi para me arranjam uma casa.

E – O ambiente tornou-se pesado!

R – É, para mim é muito pesado. E para a minha mulher também.

E – Vocês costumam ver televisão com a dona da casa?

R – Não, não! Eu tenho a minha televisão, fecho-me dentro do ...aquilo é um quarto e uma sala, não é grande mas é um quarto e uma sala, e ali estou a ver televisão. Sou capaz de estar ali a tarde toda. De manhã ando a passear mais a mulher e da parte da tarde, ela também tem de ir a médico ou assim, ela também é uma pessoa muito doente...é os joelhos, é a falta de ar, a bronquite asmática...também tem varias doenças e pronto...então eu acarinho a minha mulher e ela acarinha-me a mim e é...

E – Além da sua esposa, tem mais algumas relações de amizade? Tem amigas, amigos? Tem pessoas com quem se relaciona?

R – Tenho. Em Vila Franca, tá lá um casal que ele é agente da polícia e ela é uma senhora que, pronto, andava a conduzir um carro das limpezas e então têm as filhas, são duas meninas. E eu quando chego sou bem tratado por eles... as miúdas é: "óh tio isto, óh tio aquilo", e eles a mesma coisa, e pronto... Não sabem, eles também não sabem que tenho isto. Nem eu quero que eles saibam...

E – Acha que iriam reagir mal se soubessem? Iriam ficar com medo?

R – Acho que não, acho que não. Não me são nada, mas para mim são como família.

E – E assusta-o um pouco a ideia de que eles saibam?

R – Assusta. Tanto eles como outras pessoas quaisquer.

E – Porque é que o assusta?

R – A mim? A mim nada me assusta...

E – Estou a referir...porque é que o assusta que as outras pessoas saibam?

R – Não...é que depois começam a ver a pessoa de outra maneira...

E – E a actuar de outra maneira também?

R – É, é...e então antes prefiro assim.

E – Já tinha abordado isto consigo, forma como contraiu a doença?...

R – Foi com uma mulher.

E – Habitualmente costumava recorrer à prostituição?

R – Mas ela não era prostituta...

E – Refiro-me, antes dela. Antes de ter ficado com esta senhora, costumava ir?

R – Era...ia. Mas nunca tive problemas. Com ela tive...pensei que não, mas tive.

E – Nessa altura, usou alguma vez protecção? O preservativo?

R – Não, nunca, nunca...

E – Após ter sabido desta doença, ter sabido o diagnóstico, alguma vez teve algum apoio no sentido em que lhe dessem alguma orientação sobre esta doença? Se lhe falaram sobre a forma como se transmite, como não se transmite, os cuidados?...

R – Isso depois de eu saber que tinha esta doença. Eu depois fui informado pelas médicas e isso assim...eu tenho muito cuidado...

E – Eles explicaram-lhe quais os cuidados que deveria ter?

R – Pois, pois. Eu sei isso tudo...

E – Mas foi explicado por eles, ou o senhor tinha outras fontes de informação?

R – Não...eu até tinha uns livros também que...eu ia ao hospital Z que andava lá a ser seguido por causa dos diabetes e tinha lá gente amiga...tinha e tenho...que é as assistentes sociais de lá, conversavam comigo e isso assim...

E – Deram-lhe informação?

R – E deram-me as informações todas.

E – Portanto, a forma pela qual obteve essa informação foi através dos profissionais do hospital?...

R – Sim, os médicos...

E – Médicos, assistentes sociais...

R – Pois tinha livros, deram-me panfletos. Lia lá mas não trazia nada....

E – Alguma vez, antes de saber, teve acesso ou frequentou algumas campanhas de esclarecimento?

R – Não, não. Eu andava era no AA. Que era por causa do álcool. Havia também lá desta doença... mas eu não, porque não tinha nada disto...eu era para os Alcoólicos Anónimos.

E – E eles, para essas pessoas, faziam formação? Davam-lhes informação?

R – Davam. A essas pessoas davam. Só porque a gente era uma zona e eles tinham outra zona. Os alcoólicos era uma zona e eles...eles. Os toxicodependentes era outra zona, e...tavam ali todos juntos, claro. E ouvia também a conversa deles lá na comunidade. Andávamos todos juntos, pronto era assim...

E – Quais as maiores dificuldades que tem hoje em dia?

R – Hoje em dia? Eu explico. Olhe, para já é a minha reforma, que não dá para nada, eu tenho oitenta e dois euros desta doença, não é nada, que me dá o estado...

E – Dá-lhe oitenta e dois euros, por ter esta doença?

R – E como eu tenho duzentos e vinte e três, com esses oitenta e dois euros é que pago a renda do meu quarto, que são duzentos e cinquenta euros, tenho de ter a prestação do frigorífico, que são cinquenta euros...são trezentos euros. Fico com nove, nove euros. E o que me sobra são nove euros. A Santa Casa dá-me cem euros, a minha assistente social dá-me cem euros, e é o que eu...me governa para todo o mês. Que a minha mulher também não pode trabalhar. Vejo-me aflito, nessa situação. E a situação da casa...que eu queria que a Santa Casa me arranjasse uma casa, por causa da minha doença. Em primeiro lugar por causa da minha doença e a segunda, porque a renda era mais baixa, claro...e já...pronto, já orientava melhor a minha vida. Que assim, não...porque para a minha higiene e da mulher, não dá para nada, fico sem tostão. Recebo e depois como é que eu me vejo durante o mês...

E – Qual é o apoio que recebe, por exemplo, aqui da Santa Casa? O que é que eles lhe providenciam além destes cem euros por mês?

R – É os medicamentos. É os medicamentos, só: e esses cem euros, mais nada. É os medicamentos, isto é...os medicamentos...pronto eu tenho os diabetes, é para a tensão...a minha tensão anda sempre alta, eu tenho de tomar aquela medicação para a tensão, e os diabetes, e é por causa dos nervos, porque eu sou muito nervoso. Pode ser derivado da minha doença, eu sou muito nervoso, e são esses medicamentos para os nervos, que eu vou buscar, umas capsulazinhas pequeninas.

E – O que é que eventualmente desejaria que fosse melhor?

R – É conforme eu digo ao senhor enfermeiro. O melhor para mim era darem-me uma casinha. Darem-me não, que eu pagava a minha renda. Pagava o que fosse, que para mim era uma alegria. Era ter a minha casinha, tar sossegado a um canto, que eu não me meto com ninguém...mas...pronto..., a gente, quando é muita gente... há sempre alguns problemas, eu evito isso...

E – Acha que as pessoas que trabalham nesta organização têm tentado dar resposta às suas necessidades?

R – Têm! Têm tentado dar resposta às minhas necessidades, claro, até porque, conforme eu digo, eu faço parte da mobília da casa, não é?

E – Já cá anda há quanto tempo, aqui na casa?

R – Aqui na casa ai há uns três ou quatro anos...não sei precisamente dizer, mas há uns três anos ou quatro. Não sei, não sei. Tem ai os relatórios. Têm ai os meus relatórios...ali é que está a data em que vim para cá. Mas tenho sido bem tratado. Os medicamentos que eu vou buscar é aos Capuchos, lá à farmácia que é para a doença que eu tenho; mas para as outras doenças, se eu precisar de qualquer coisa, aqui a enfermeira H dá...a médica passa a receita e eu chego aqui, a enfermeira H mete o carimbo e eu vou à farmácia e vou buscar.

E – Senhor R, agradeço a sua disponibilidade....